



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Ano letivo 2023/2024

Maria Isabel Moreira Vieira

Relatório de Estágio conducente ao **Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

Gandra, julho de 2024

Maria Isabel Moreira Vieira

Relatório de Estágio conducente ao **Grau de Mestre** em
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Relatório de Estágio
Ano letivo 2023/2024

Trabalho realizado sob a Orientação de
Professor Doutor Bruno Peixoto

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, **Maria Isabel Moreira Vieira**, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Aos meus Pais e irmão.

Ao Diogo.

À Bruna.

À Maria.

Ao meu orientador de estágio.

Lista de abreviaturas

ACE-III	<i>Addenbrooke Cognitive Examination</i>
ASSIST	<i>The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BDI-II	<i>Beck Depression Inventory</i>
BSI	<i>Brief Symptom Inventory</i>
DRS-2	<i>Dementia Rating Scale-2</i>
ECT	Terapia Electroconvulsiva
MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
NEO-PIR	Inventário de Personalidade NEO – Revisto
OCI-R	Inventário de Obsessões e Compulsões
POC	Perturbação Obsessiva-Compulsiva
SCL-90-R	<i>Symptom Checklist 90-R</i>
TIPI	<i>Ten Item Personality Inventory</i>
TMS	Estimulação Magnética Transcraniana
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
WAIS	<i>Wechsler Adult Intelligence Scale</i>
Y-BOCS-II	<i>Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – II</i>

Índice

Introdução.....	5
Capítulo I.....	6
1. Características do Local do Estágio.....	6
2. Papel do Psicólogo no Contexto Hospitalar	7
Capítulo II.....	10
1. Descrição das Atividades Desenvolvidas	10
1.1. Reuniões de Supervisão.....	10
1.2. Observação de Consultas de Avaliação Neuropsicológica.....	10
1.3. Observação de TMS e ECT	11
1.4. Reuniões Multidisciplinares	12
1.5. Avaliação Neuropsicológica.....	13
1.6. Intervenção no Internamento de Psiquiatria	15
1.7. Intervenção na UCCI.....	16
1.8. Programa de estimulação cognitiva.....	18
Capítulo III	20
1. Caso Clínico C.....	20
Reflexão Final	29
Referências Bibliográficas.....	30
Anexos	36

Índice de Tabelas

TABELA 1. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS	14
TABELA 2. EXEMPLOS CASOS DE INTERVENÇÃO NA PSIQUIATRIA	16
TABELA 3. EXEMPLOS DE CASOS ACOMPANHADOS NA UCCL.....	17
TABELA 4. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO ACE-III E SESSÕES	19

Índice de Figuras

FIGURA 1. GENOGRAMA C.....	21
----------------------------	----

Índice Anexos

ANEXO I MANUAL DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO	37
ANEXO II MANUAL TERAPÊUTICO CLIENTE	56
ANEXO III OBJETIVOS TERAPÊUTICOS	74
ANEXO IV MODELO ABC	77

Introdução

O presente relatório foi realizado no âmbito do Estágio Curricular do Mestrado de Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, pelo Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS) do ano letivo 2023/2024, com principal objetivo de descrever o meu percurso académico no presente ano letivo.

O Estágio Curricular foi realizado em contexto hospitalar, as áreas de atuação passaram pelo Internamento de Psiquiatria e a Unidade de Cuidados Continuados e Integrados (UCCI), com a orientação da Psicóloga da Instituição e a supervisão pelo Professor Doutor Bruno Peixoto.

O estágio iniciou-se no dia 2 de outubro de 2023 e terminou a 27 de junho, com frequência de 3 dias por semana das 9h às 18h. O estágio tinha estipulado uma carga horária obrigatória de 500h, no entanto, após a conclusão das mesmas tive a possibilidade de permanecer no local de estágio apenas no contexto de internamento de psiquiatria onde realizei mais 350h, resultando numa mais valia para o desenvolvimento das minhas competências.

O relatório foi dividido em três capítulos. O primeiro capítulo teve como objetivo descrever o local de estágio e o papel do psicólogo no contexto hospitalar, no segundo capítulo foi descrita todas as atividades realizadas ao longo do estágio curricular e o último capítulo foi abordado um caso clínico que contemplam a avaliação, intervenção e reflexão final do caso. Por fim, foi realizada uma reflexão geral relativamente ao desenvolvimento pessoal e profissional que este estágio acarreta.

Capítulo I

1. Características do Local do Estágio

O hospital dispõe de uma equipa multidisciplinar dedicada a oferecer um tratamento personalizado. O Hospital é composto por um conjunto diversificado de serviços, incluindo, Internamento em Psiquiatria e o Internamento na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) (CH, n.d.).

O serviço de internamento de Psiquiatria é composto por uma equipa multidisciplinar, de profissionais de Psiquiatria, Psicologia, Neuropsicologia, Enfermagem (especializados em saúde mental), Neurologia, Terapia Ocupacional, Medicina Interna, Nutrição e Fisioterapia (CH, n.d.).

Este serviço destina-se a jovens adultos, adultos e idosos com perturbações do foro mental crónicas e/ou que estão a passar por um episódio de crise e precisam do internamento para serem monitorizados, receberem tratamento adequado e estabilização. Os casos mais frequentes incluem: Perturbações depressivas com ideação suicida e/ou com comportamento suicida, pacientes com Esquizofrenia, ou que sofreram de um primeiro episódio psicótico e apresentam um elevado risco de violência autodirigida ou dirigida para terceiros, quadros de exaustão física e emocional, Perturbações Neurocognitivas com alterações do comportamento, Perturbações do uso de substâncias, Perturbações do uso de álcool e Perturbações de comportamento alimentar severas (Anorexia e Bulimia).

Os tratamentos mobilizados neste contexto incluem intervenção psicológica e tratamento farmacológico. A par disto, a entidade acolhedora dispõe de um tratamento diferenciado para os casos mais graves: Eletroconvulsoterapia (ECT), Escetamina e Estimulação Magnética Transcraniana (TMS). A Psiquiatria recorre a estes tratamentos, quando considera que os pacientes beneficiam do mesmo, o que acontece nos casos em que o tratamento farmacológico não oferece a resposta desejada e quando o paciente possui sintomatologia grave, que resulta no comprometimento do seu funcionamento, impactando e impedindo a realização de muitas tarefas do dia a dia (CH, n.d.).

No que respeita ao internamento na UCCI, este serviço destina-se a todos os indivíduos, independentemente da idade, que apresentem uma patologia física e/ou psicológica e que pela natureza da sua condição, cuja independência e autonomia se encontram comprometidas, necessitam de cuidados continuados e prolongados, podendo este serviço ser promissor para a sua recuperação. Destina-se a pacientes que tenham tido alta hospitalar e não apresentem condições para regressar ao domicílio, ou seja, que ainda necessitam de alguns cuidados e

apoio, desta forma, o serviço encontra-se preparado e disponível para a permanência dos mesmos. Alguns exemplos são pacientes acamados de longa duração, descanso do cuidador, dor crónica, acidente vascular cerebral (AVC), fraturas e outros danos músculo esqueléticos, sequelas de imobilização, sequelas de infeções respiratórias, quadros demenciais e amputações (CH, n.d.).

A UCCI divide-se em 3 unidades: unidade de convalescença, média duração e de longa duração; os pacientes da unidade de convalescença permanecem na mesma, de um modo geral, durante 1 mês; os pacientes da UCCI de média duração, permanecem, de um modo geral, 2 a 3 meses; e os de longa duração permanecem 6 meses ou mais. O objetivo terapêutico destas unidades é o reforço da autonomia física e psíquica, melhoria e/ou redução da dependência funcional. Os serviços prestados apresentam objetivos de atuação no bem-estar, o conforto, a qualidade de vida e a segurança dos pacientes, proporcionando cuidados de prevenção e retardo do agravamento da situação, através de condições que permitam preservar a sociabilidade e ainda incentivar a relação familiar.

A UCCI tem à disposição do paciente uma equipa clínica multidisciplinar constituída por Psicólogos, Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Saúde, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, Animadores Socioculturais, Terapeutas da Fala e Nutricionistas, que prestam uma avaliação contínua sobre os estados físico, psicológico, cognitivo e social dos pacientes, fornecem apoio emocional e psicológico, promovem a mobilidade e autonomia dos mesmos.

2. Papel do Psicólogo no Contexto Hospitalar

Os internamentos dos hospitais psiquiátricos oferecem profissionais de saúde mental com assistência a indivíduos em crise de saúde mental, que apresentam riscos de autolesão, suicídio, violência e agressão (Bowers et al., 2009). No contexto de internamento hospitalar, o serviço de Psiquiatria enfrenta os principais desafios ao nível das perturbações psicóticas (esquizofrenia), perturbação do humor (depressão major), perturbação de personalidade (perturbação bipolar e perturbação antissocial) perturbações de ansiedade, perturbações do comportamento alimentar, perturbações de consumo (perturbações relacionadas ao abuso de substâncias e perturbações aditivas), perturbações neurocognitivas (demência e delirium; APA, 2022)

A inclusão de profissionais de psicologia em equipas multidisciplinares, em contexto hospitalar, surge devido à crescente necessidade de analisar os vários fatores envolvidos na recuperação de pacientes após doença, além de examinar os efeitos do internamento que a

participação de diversos profissionais de saúde e a criação de equipas multidisciplinares. Dessa forma, os psicólogos são integrados no auxílio da comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares.

Quando nos referimos ao papel do psicólogo em ambiente hospitalar, está implícita a Psicologia da Saúde, cujo foco de atuação se situa na saúde e na doença física e mental, e nesse sentido, a intervenção dos psicólogos na área da saúde não só melhora o bem-estar psicológico e a qualidade de vida dos pacientes, mas também permite a redução de internamentos, a diminuição do uso de medicamentos e otimização uso dos serviços de saúde. Esta área abrange todas as áreas medicas, mas também considera os aspetos sociais, culturais e ambientais ligados à saúde e à doença (Trindade & Teixeira, 2002). A presença do psicólogo no ambiente hospitalar encontra-se sujeita a solicitações específicas de outros profissionais de saúde, cuja atuação ocorre sob o psicodiagnóstico e tratamento, intervenção ao paciente e família (Bruscatto, 2004, cit in Almeida & Malagris, 2011).

O serviço de atendimento psicológico em ambiente hospitalar ocorre em diferentes unidades, entre a UCCI e a unidade de Psiquiatria, onde o indivíduo internado enfrenta questões que surgem num cenário real de doença e outras complicações de saúde que exigem internação hospitalar. Isso requer do psicólogo competências para o estabelecimento da aliança terapêutica, com foco nas preocupações principais do paciente e familiares, o que destaca a relevância da avaliação e intervenção psicológica.

O *setting* terapêutico de um hospital apresenta desafios no cumprimento das necessidades/exigências do contexto de consulta de Psicologia. Assim, cabe ainda ao psicólogo da saúde hospitalar ajustar a sua prática clínica ao ambiente hospitalar singular, entre os quartos de internamento ou outros espaços disponíveis, como gabinetes médicos. Contudo, independentemente do espaço físico de consulta, é importante a valorização da manutenção dos papéis, das regras e ética.

A intervenção psicológica na unidade psiquiátrica em contexto hospitalar implica intervenções em situações de crise. Essas situações são aquelas frequentemente marcadas por fatores biopsicossociais, cujo objetivo abarca o desenvolvimento de estratégias ativas de adaptação, diminuindo o impacto negativo do evento, e prevenir a intensificação da sintomatologia (Pereira et al., 2015).

Engel (1977) propôs que o modelo biopsicossocial deve ser utilizado pelos médicos para determinar se a pessoa que pede ajuda está "doente" ou "bem"; e se está doente, entender o porquê e de que forma está doente, desenvolvendo um programa racional para tratar a doença

e restaurar a saúde. Este modelo requer uma avaliação abrangente que considere a qualidade de vida, saúde física, funcionamento psicológico, bem-estar emocional e indicadores sociais.

O modelo biopsicossocial caracteriza-se pela sua abordagem holística basilar, considerando a saúde e a doença como resultados da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (Leal et al., 2012), contrariamente ao modelo biomédico dominante, que explica a doença apenas por desvios biológicos mensuráveis e trata a doença como uma entidade independente do comportamento social.

Intervenções que incorporam aspetos biológicos, psicológicos e sociais pressupõem resultados mais positivos Schwartz (1982). Estudos indicam que estratégias multidimensionais resultam numa maior aderência do paciente ao tratamento, na diminuição dos sintomas e no aumento da qualidade de vida. Para os profissionais de psicologia da saúde, permite uma intervenção mais eficaz em conjunto com outros profissionais da área de saúde, visando fornecer cuidados integrados (Abreu & Dias, 2017; Dobewall, Tark & Aavik, 2018). Tais conclusões reforçam a necessidade de uma abordagem que considere os aspetos biológicos, psicológicos e sociais do paciente no tratamento e promoção de saúde, busca pela saúde e bem-estar.

Ainda de acordo com Engel (1977), o ser humano possui um sistema biológico (aspetos anátomo-fisiológicos e bioquímicos), um sistema psicológico (aspetos racionais e emocionais) ligado às experiências sensoriais individuais) e um sistema social (a relação do indivíduo com a família e a sociedade, normas sociais, pressões para mudança de comportamento, valores sociais de saúde), todos integrados. O modelo biopsicossocial revela-se assim uma ferramenta essencial para contextualizar o problema de saúde do paciente, permitindo delinear intervenções adequadas e individualizadas essencialmente no contexto de intervenção psicológica hospitalar, onde os pacientes apresentam regularmente condições complexas que podem não ser totalmente compreendidas ou tratadas apenas sobre a perspetiva biomédica.

Em suma, o modelo biopsicossocial facilita a comunicação e colaboração entre profissionais de saúde física e mental, garantindo uma abordagem estruturada para o cuidado do paciente, em ambiente hospitalar, onde o trabalho em equipa interdisciplinar é crucial (Ribeirinho, 2013).

Capítulo II

1. Descrição das Atividades Desenvolvidas

Ao longo do período de estágio, foi possível realizar várias atividades de forma autónoma nos diferentes serviços do hospital. As atividades passaram por: reuniões de supervisão; observação de consultas de avaliação neuropsicológica; observação de Estimulação Magnética Transcraniana (TMS) e Terapia Electroconvulsiva (ECT); reuniões multidisciplinares; avaliação neuropsicológica; intervenção no internamento de psiquiatria; intervenção na UCCI e estimulação cognitiva.

1.1. Reuniões de Supervisão

A supervisão pode ser definida como um processo interativo e colaborativo, essencial no contexto profissional, onde um supervisor especializado orienta e apoia um supervisionado em seu desenvolvimento profissional. Esta relação envolve atividades facilitadoras que são mediadas por críticas construtivas, visando não apenas monitorar o desempenho do supervisionado, mas também promover o crescimento e a competência profissional. O objetivo é ajudar o supervisionado a alcançar seus objetivos profissionais de maneira eficaz e ética, proporcionando-lhe um espaço seguro para refletir sobre suas práticas e aprender novas habilidades. Essa abordagem interativa não só fortalece as competências técnicas do supervisionado, mas também contribui para o desenvolvimento de uma identidade profissional sólida e ética (*Psychology Board of Australia, 2018*).

As atividades de estágio foram supervisionadas pelo Prof. Doutor Bruno Peixoto, que organizou reuniões periódicas com frequência variável, de acordo com as necessidades de debate e reflexão sobre casos clínicos. Além da discussão de casos clínicos, as reuniões também foram uma oportunidade para esclarecer dúvidas sobre outras atividades desenvolvidas e para disponibilizar instrumentos de avaliação. As reuniões de supervisão promoveram uma abordagem eclética e ajudaram a desenvolver uma capacidade de reflexão.

1.2. Observação de Consultas de Avaliação Neuropsicológica

A observação de consultas é um processo fundamental que, segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP; 2016), é referida como *job shadowing*. O documento da Comissão de Ética da Ordem dos Psicólogos Portugueses discute a prática de *job shadowing* como parte da formação inicial dos psicólogos, permitindo que estudantes observem o trabalho dos profissionais, compreendendo suas atividades e interações. Embora reconheça o seu valor

para o desenvolvimento profissional e a tomada de decisões de carreira, enfatiza que o *job shadowing* deve ser bem planejado, com objetivos claros e protocolos de supervisão, além de seguir princípios éticos.

Em janeiro de 2024, fui autorizada a observar consultas de avaliação neuropsicóloga, guiada por uma profissional de Neuropsicologia no serviço de consultas externas, o que me proporcionou a oportunidade de acompanhar o contexto da prática de avaliações neurocognitivas, nomeadamente os seus diferentes objetivos, a estrutura e elaboração dos relatórios de avaliação neuropsicológica. Cada caso observado foi previamente enquadrado com a orientadora responsável, assegurando que eu estivesse ciente das problemáticas específicas de cada paciente.

Durante esse período, observei dois casos clínicos distintos. O primeiro caso teve como objetivo identificar a presença de uma perturbação cognitiva, enquanto o segundo visou a avaliação da existência de um quadro de perturbação de hiperatividade e défice de atenção. Cada avaliação foi dividida em três consultas: na primeira consulta, foi feita uma breve recolha da história clínica do paciente, juntamente com a aplicação do teste de rastreio MoCA, nas segunda e terceira consultas, a neuropsicóloga realizou uma avaliação neurocognitiva estruturada, utilizando uma bateria de testes específicos para atingir os objetivos definidos para cada caso. Após a conclusão das avaliações, a neuropsicóloga preparava um relatório detalhado que incluía: enquadramento do pedido, informação clínica, comportamento em contexto de avaliação neuropsicológica, instrumentos utilizados, resultados e conclusão.

Esta experiência foi extremamente enriquecedora tanto a nível pessoal quanto profissional. Pessoalmente, aprendi a importância de uma comunicação clara e empática com os pacientes, bem como a sensibilidade necessária para lidar com suas preocupações e ansiedades durante o processo de avaliação. Profissionalmente, adquiri uma compreensão prática das metodologias e técnicas utilizadas em avaliações neuropsicológicas, o que me proporcionou uma visão mais clara sobre como estruturar e conduzir essas avaliações. Além disso, a observação do processo de elaboração de relatórios clínicos ajudou-me a compreender melhor como interpretar dados de forma crítica e como apresentar recomendações de maneira clara e útil para a intervenção dos pacientes.

1.3. Observação de TMS e ECT

Durante o estágio, tive a oportunidade de observar sessões de TMS, e ECT, ambas técnicas avançadas utilizadas no tratamento de várias condições psiquiátricas. A TMS, é uma

técnica não invasiva que utiliza campos magnéticos para estimular áreas específicas do cérebro. Relativamente ao procedimento, é colocado a bobine na área que pretende estimular, emitindo impulsos eletromagnéticos que induzem correntes elétricas nas áreas pretendidas. A TMS é frequentemente utilizada para tratar depressão *major*, resistente a tratamentos convencionais, como medicação e terapia. Além disso, pode ser aplicada na intervenção de outras perturbações, incluindo ansiedade, esquizofrenia e POC (Hallett, 2007). A observação foi extremamente informativa, proporcionando uma visão prática de como a Estimulação Magnética Transcraniana é realizada e a sua eficácia na prática clínica.

A ECT é uma técnica que envolve a aplicação de correntes elétricas ao cérebro para provocar uma breve convulsão controlada. Este procedimento é realizado sob anestesia geral e com relaxantes musculares para garantir a segurança e o conforto do paciente. A ECT é utilizada principalmente na perturbação de depressão grave, especialmente quando outros tratamentos não são eficazes (Chakrabarti et al., 2010). Esta experiência permitiu-me compreender a complexidade e a precisão necessárias para realizar a ECT de forma segura e eficaz.

Observar tanto a TMS quanto a ECT durante o estágio foi extremamente educativo, permitindo-me compreender melhor as indicações, o funcionamento e os cuidados associados a essas técnicas terapêuticas avançadas. Ambas as intervenções representam opções valiosas para pacientes que não respondem aos tratamentos convencionais, oferecendo esperança e alívio para muitos indivíduos que sofrem de perturbações graves, foi possível averiguar a evolução dos pacientes que se encontravam internados, com quadros depressivos muito graves, e conseguiram responder aos tratamentos de uma forma muito positiva e remissão da sintomatologia mais grave.

1.4. Reuniões Multidisciplinares

Durante o estágio, tive a oportunidade de participar ativamente nas reuniões de passagem de turno junto aos profissionais de Psiquiatria, incluindo enfermeiros especializados, psicólogos e psiquiatras. Essas reuniões eram realizadas todos os dias no período da manhã, conduzidas pelo enfermeiro responsável, são atualizados os estados físico, emocional e psicológico de cada paciente. Além de revisar intercorrências ocorridas durante a noite, os casos são discutidos de maneira detalhada.

Essas reuniões foram fundamentais para a minha experiência de estágio, pois oferecem uma visão aprofundada do trabalho interdisciplinar necessário no ambiente psiquiátrico. Os profissionais aproveitam essas reuniões para debater casos complexos e discutir sobre

diagnósticos, tratamentos farmacológicos e intervenções necessárias. Este ambiente proporciona uma aprendizagem prática e dinâmica, essencial para entender o papel de cada profissional na equipa de cuidados psiquiátricos. Além disso, a participação nas reuniões foi crucial para minha familiarização com a terminologia específica da Psiquiatria e Enfermagem, além de expandir o meu conhecimento sobre os tratamentos farmacológicos mais comuns e as suas aplicações clínicas. Esta imersão prática e teórica permitiu fortalecer a minha formação profissional e a compreensão dos desafios e responsabilidades envolvidos no cuidado de pacientes psiquiátricos.

1.5. Avaliação Neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica é um processo fundamental para analisar o desempenho das funções cognitivas de um indivíduo. Esta avaliação compreende uma série de testes estruturados, conhecidos como baterias de avaliação, que são projetados para examinar diversas áreas cognitivas específicas, incluindo memória, atenção, linguagem, capacidades visuoperceptivas e construtivas, e funções executivas (Harvey, 2012).

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de trabalhar diretamente e de forma autónoma com vários instrumentos de avaliação neuropsicológica nos serviços de UCCI e internamento de Psiquiatria (tabela 1). As avaliações realizadas nesses serviços tinham objetivos distintos. No serviço da UCCI, voltado para a convalescença, eram realizadas entrevistas semiestruturados e aplicados instrumentos como MoCA e *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1993) a todos os utentes. No internamento de Psiquiatria, as solicitações eram feitas pelos psiquiatras do serviço com diferentes objetivos, incluindo: avaliação cognitiva, utilizando MoCA, *Addenbrooke Cognitive Examination* (ACE-III; Hsieh et al., 2013), *Dementia Rating Scale-2* (DRS-2; Mattis, 1988) e *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS; Wechsler, 2008); avaliação de personalidade, com o auxílio do Inventário de Personalidade NEO – Revisto (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992) e *Ten Item Personality Inventory* (TIPI; Gosling et al., 2003); avaliação de perturbação de uso de álcool e drogas com *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST; Working Group, 2002) e *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT; Bohn et al., 1995) e avaliação da sintomatologia, utilizando BSI, *Symptom Checklist 90-R* (SCL-90-R; Derogatis & Lazarus, 1994) e *Beck Depression Inventory* (BDI-II; Beck et al., 1996).

A avaliação neuropsicológica foi muito enriquecedora, principalmente na área de Psiquiatria, pois permitiu-me compreender os resultados dos testes e relacionar com possíveis

psicodiagnósticos, sendo uma mais valia para o desenvolvimento das minhas competências clínicas.

Tabela 1

Instrumentos de avaliação utilizados

Instrumento	Descrição
Avaliação Neurocognitiva	
MoCA	O MoCA é um teste de rastreio neurocognitivo que avalia vários domínios neurocognitivos, nomeadamente: funções visuoespaciais/executivas; memória; linguagem; atenção e concentração; raciocínio abstrato e orientação temporal e espacial (Nasreddine et al., 2005; versão portuguesa de Freitas et al., 2010).
ACE-III	A ACE-III é uma escala de rastreio neurocognitivo que avalia vários domínios neurocognitivos incluindo: atenção, memória, fluência, linguagem e visuoespacial (Hsieh et al., 2013; versão portuguesa de Machado et al., 2015).
DRS-2	A DRS-2 compreende trinta e seis tarefas organizadas em cinco subescalas que avaliam os seguintes domínios neurocognitivos: atenção, iniciação/perseveração, construção, conceptualização e memória (Mattis, 1988; versão portuguesa de Cavaco & Teixeira-Pinto, 2011).
WAIS	A WAIS é Bateria que avalia o Quociente de Inteligência da Escala Completa, o Quociente de Inteligência Verbal e o Quociente de inteligência de Realização (Wechsler, 2008).
Avaliação da Personalidade	
NEO-PIR	O NEO PI-R avalia os cinco principais domínios da Personalidade: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade (Costa & McCrae, 1992; versão portuguesa de Pedroso de Lima & Simões, 2000).
TIPI	O TIPI avalia traços de personalidade de acordo com o modelo <i>Big Five</i> (Gosling et al., 2003; versão portuguesa de Nunes, 2018).
Avaliação da sintomatologia	
BSI	O BSI avaliar sintomas psicopatológicos, incluindo as dimensões de somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicoticismo e índices (Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 2007).
BDI-II	O BDI permite a avaliação da severidade da sintomatologia depressiva (Beck et al., 1996; versão portuguesa de Campos & Goncalves, 2011).
SCL-90-R	O SCL-90 avalia a gravidade de sintomas, das dimensões de somatização, obsessivo-compulsivo, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicoticismo e índices (Derogatis & Lazarus, 1994).
Avaliação de consumos	

ASSIST	O ASSIST avalia os policonsumos, nomeadamente o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas, cannabis, cocaína, estimulantes do tipo anfetaminas, inalantes, sedativos, alucinogénios, opióides e outros (WHO ASSIST Working Group, 2002; versão portuguesa de Ramalho et al., 2019).
AUDIT	O AUDIT é utilizado para identificar o consumo de álcool de risco ou prejudicial, bem como a dependência e o abuso de álcool (Bohn et al., 1995; versão de portuguesa de Cardoso et al., 2022).

1.6. Intervenção no Internamento de Psiquiatria

O papel de um estagiário de Psicologia no internamento de Psiquiatria é muito similar ao dos psicólogos no internamento. A avaliação psicológica é uma das responsabilidades principais, realizada de forma autónoma através de entrevistas clínicas, observação e administração de instrumentos de avaliação psicológica. Estes testes, aplicados quando solicitados pela equipe de Psiquiatria, são essenciais para complementar os dados recolhidos pelos psiquiatras. A aplicação de ferramentas como MoCA, ACE-III, DRS-2 e WAIS permite uma compreensão detalhada das funções cognitivas dos pacientes, enquanto instrumentos como NEO-PI-R e TIPI ajudam na avaliação de personalidade. A integração desses dados é fundamental para a conceptualização dos casos, suporte ao diagnóstico e na escolha das intervenções e tratamentos farmacológicos a serem implementados.

Além da avaliação, o estagiário também desempenha um papel ativo na intervenção psicológica, utilizando estratégias como a intervenção em crise (Pereira et al., 2015) e a psicoeducação em contexto psiquiátrico, pretende fornecer informações sistemáticas, relevantes, amplas e atualizadas sobre uma doença ou condição, incluindo seu diagnóstico e tratamento (Motlova et al., 2017). Durante a permanência dos utentes no hospital, o estagiário realiza um acompanhamento diário para monitorar o estado psicológico dos utentes atribuídos, com as informações relativamente ao estado emocional e comportamental, garantindo que qualquer mudança significativa seja registada e abordada prontamente. Este acompanhamento contínuo é crucial para ajustar os planos de tratamento de acordo com as necessidades em evolução dos pacientes.

Nos últimos dois meses de estágio permaneci exclusivamente no internamento de Psiquiatria, colaborando diretamente com duas profissionais psiquiatras, ficando responsável por todos os utentes das mesmas. Sob a orientação dessas psiquiatras, assumi responsabilidades significativas perante os utentes, o que envolveu a avaliação neuropsicológica e planear a

intervenção mais adequada para o seu quadro clínico. Além disso, desenvolvi protocolos de intervenção individualizados, considerando as especificidades de cada caso.

Esta experiência no internamento de Psiquiatria foi extremamente enriquecedora, permitindo-me aplicar conhecimentos teóricos na prática e desenvolver competências essenciais para a prática clínica. A colaboração com as psiquiatras e a responsabilidade assumida no cuidado aos utentes foram fundamentais para meu crescimento profissional. A tabela 2, apresentada a seguir, detalha os casos trabalhados e as intervenções realizadas ao longo deste período de uma forma breve.

Tabela 2

Exemplos Casos de intervenção na psiquiatria

Dados de identificação (Nome, sexo e idade)	Motivo de internamento	Diagnóstico	Resultados	Sessões
R., F. 40 anos	Tentativa de suicídio através da ingestão de medicação.	Perturbação <i>Borderline</i>	Melhoria ligeira na sintomatologia depressiva e ideação suicida.	15
S. F., 45 anos	Tentativa de suicídio após trair o parceiro.	Perturbação Depressiva	Melhoria na sintomatologia depressiva e projeção no futuro, remissão da ideação suicida.	9
P., F. 26 anos	Tentativa de suicídio.	Perturbação <i>Borderline</i>	Melhoria no quadro clínico.	40
E., F. 55 anos	Quadro depressivo após doença oncológica.	Perturbação depressiva	Melhora da sintomatologia depressiva, mas com dificuldades aceitar a patologia.	6
I., F. 34 anos	Tentativa de homicídio.	Perturbação <i>Borderline</i>	Melhoria no quadro clínico e <i>insight</i> do acontecimento.	7
S. F. 40 anos	Tentativa de suicídio, toma de comprimidos.	Perturbação <i>Borderline</i>	Melhoria do quadro depressivo e projeção no futuro.	9
M., F. 52 anos	Tentativa de suicídio com soda cáustica.	Perturbação Depressiva <i>major</i>	Ligeira melhoria na sintomatologia depressiva, mas com ideação suicida estruturada.	35
F., F. 65 anos	Tentativa de Suicídio após divórcio.	Perturbação Depressiva	Melhoria ligeira de humor, mas sem projeção no futuro	14
M., F. 18 anos	Alteração de comportamento	POC	Melhoria na sintomatologia obsessiva e compulsiva	8
C., F. 26 anos	Alteração dos comportamentos alimentares	Perturbação Alimentar: Bulimia	Controlo da purgação, diminuição da ansiedade	13

1.7. Intervenção na UCCI

Na UCCI, assumi o serviço da convalescença desde o primeiro dia de estágio, dediquei-me à observação e intervenção no estado atual dos pacientes, utilizando estratégias de

intervenção baseadas em uma postura empática e escuta ativa, bem como na avaliação de necessidades específicas.

Uma das principais atividades na UCCI é a avaliação contínua do estado dos pacientes. Isso inclui a realização de entrevistas e a observação direta, além da administração de instrumentos de avaliação como o BSI, MoCA e/ou ACE-III. Esses instrumentos são fundamentais para o rastreio do funcionamento cognitivo e da sintomatologia geral dos pacientes. A avaliação abrange dimensões como orientação, humor, crítica e atitudes, entre outras, com posterior registo dessas informações no sistema da UCCI.

No contexto da UCCI, como estagiário, assumi predominantemente um papel de intervenção psicológica individual, de forma autónoma. Esta intervenção envolveu o uso de técnicas terapêuticas adaptadas às necessidades individuais dos pacientes, visando promover seu bem-estar psicológico e auxiliar na sua recuperação.

Outra responsabilidade significativa do meu estágio na UCCI foi a elaboração de relatórios psicológicos. Além disso, registei notas de entrada, intercalar e alta, assegurando a continuidade e qualidade do cuidado prestado, os mesmos registos eram realizados semanalmente após a consulta com cada utente. Durante o estágio, o serviço apresentava um total de 30 utentes. Ao longo do período, tive a oportunidade de acompanhar cerca de 100 doentes com diferentes patologias. No entanto, devido à extensão do número de utentes, apresentarei de forma sucinta os casos mais desafiadores na tabela 3 a seguir.

Esta experiência na UCCI foi extremamente enriquecedora, permitindo-me aplicar e aprimorar conhecimentos teóricos na prática, além de desenvolver competências essenciais para a prática clínica em cuidados continuados. A combinação de avaliações formais e informais, intervenções personalizadas e elaboração de relatórios contribuiu para um atendimento holístico e eficaz aos pacientes.

Tabela 3

Exemplos de Casos acompanhados na UCCI

Dados de identificação (Nome, Sexo, Idade)	Motivo de Internamento	Avaliação e Procedimentos Realizados	Intervenção Psicológica (Sessões Terapêuticas)
L. F. 57 anos	Reabilitação após amputação do membro inferior direito	Avaliação Neuropsicológica. Elaboração da nota de admissão, intercalar e de alta.	Intervenção focada na psicoeducação (20 sessões, bissemanais)
L. M. 59 anos	Laceração Muscular	Avaliação Neuropsicológica. Elaboração da nota de admissão, intercalar e de alta. PMA.	Intervenção semanal (30 sessões)

M. F. 57 anos	Cancro Pulmonar Metastizado	Avaliação Neuropsicológica. Elaboração de nota intercalar.	Intervenção de Cuidados Paliativos
C. F. 86 anos	Reabilitação motora e funcional	Avaliação Neuropsicológica. Elaboração da nota de admissão, intercalar e de alta. PMA.	Intervenção semanal (33 sessões)
D. M. 72 anos	Reabilitação após amputação do membro inferior direito	Avaliação Neuropsicológica. Elaboração da nota de admissão, intercalar e de alta.	Intervenção focada na psicoeducação (17 sessões)
A. F. 82 anos	Reabilitação motora e funcional	Avaliação Neuropsicológica. Elaboração da nota de admissão, intercalar e de alta.	Sem possibilidades de intervenção devido ao seu quadro (0 sessões)
L. F. 85 anos	Reabilitação após AVC isquémico	Avaliação Neuropsicológica. Elaboração da nota de admissão, intercalar e de alta. PMA.	Intervenção semanal (4 sessões)
A. F. 43 anos	Reabilitação motora e funcional, sem acuidade visual	Avaliação Neuropsicológica. Elaboração da nota de admissão, intercalar e de alta. PMA.	Intervenção semanal (8 sessões)
M. F. 88 anos	Reabilitação motora e funcional	Avaliação Neuropsicológica. Elaboração da nota de admissão, intercalar e de alta.	Intervenção de Abordagem Sistémica: preparação dos familiares para o processo de perda/luto (4 sessões)
J. M. 67 anos	Reabilitação após AVC isquémico e adaptação a PEG	Avaliação Neuropsicológica. Elaboração da nota de admissão, intercalar e de alta.	Intervenção focada na psicoeducação (4 sessões)

Nota. PMA = Processo de Maior Acompanhado

1.8. Programa de estimulação cognitiva

O programa de estimulação cognitiva foi realizado no contexto de internamento de Psiquiatria, com doentes crónicos. Para o programa foi utilizado o programa de estimulação cognitiva NeuroRi, atividades de papel e lápis, que tem como objetivo estimular e reabilitar os domínios da atenção, cálculo, capacidades visuoperceptivas e construtivas, linguagem, memória e funções executivas (Pinto et al., 2020).

O plano de estimulação cognitiva foi elaborado segundo o modelo de Pinto e colaboradores (2022), que tem por base o modelo neurocognitivo de Lúria, a elaboração da estrutura do programa tem em consideração a hierarquia das funções cognitivas, iniciando das mais básicas para as mais complexas, a elaboração do plano foi realizada de forma individualizada.

Posto isto, inicialmente foi realizado uma avaliação breve aos participantes com o teste ACE-III, para compreender cada domínio das funções cognitivas (tabela 4). Após a avaliação, foi estruturado o programa para cada indivíduo conforme as suas necessidades, visto que a amostra apresentava níveis de deterioração muito semelhantes foi possível iniciar pela mesma função cognitiva, com foco nas capacidades visuoperceptivas. As sessões eram realizadas duas vezes por semana, à segunda e à quarta-feira, com uma duração de 45 a 60 minutos, no entanto, nem todos os utentes tiveram o mesmo tempo de estimulação devido a altas não programadas, não possibilitando uma avaliação pós.

Assim, esta experiência revelou-se desafiadora, principalmente devido ao elevado grau de comprometimento cognitivo dos pacientes. Observou-se que a colaboração dos utentes nem sempre era consistente, com frequentes episódios de desistência e necessidade constante de motivação ao longo das sessões, neste sentido foi essencial aprimorar competências de comunicação e empatia, bem como resiliência diante dos desafios diários.

Tabela 4

Resultados da avaliação do ACE-III e sessões

Dados de Diagnósticos		Avaliação Inicial – ACE-III			
identificação		Pontuação Bruta	Nota Z	Resultado Qualitativo	Sessões
M., F. 67 anos 4º ano de escolaridade	Perturbação depressiva	Atenção = 9	-5.78	Muito inferior	20 sessões
		Memória = 9	-5.91	Muito inferior	
		Fluência = 3	-4.07	Muito inferior	
		Linguagem = 19	-4.06	Muito inferior	
		Visuoespacial = 10	-1.11	Inferior	
		Total = 50	-6.15	Muito inferior	
G., M. 25 anos 9º ano de escolaridade	Debilidade intelectual	Atenção = 10	-5.52	Muito inferior	32 sessões
		Memória = 11	-6.94	Muito inferior	
		Fluência = 12	-1.74	Muito inferior	
		Linguagem = 20	-3.64	Muito inferior	
		Visuoespacial = 9	-3.49	Muito inferior	
		Total = 62	-6.56	Muito inferior	
R., F. 71 anos 4º ano de escolaridade	Doença de Alzheimer	Atenção = 6	-7.89	Muito inferior	16 sessões
		Memória = 6	-6.97	Muito inferior	
		Fluência = 2	-5.87	Muito inferior	
		Linguagem = 17	-5.47	Muito inferior	
		Visuoespacial = 9	-1.43	Inferior	
		Total = 40	-7.53	Muito inferior	
L., M. 55 anos 4º ano de escolaridade	Consumos de substâncias	Atenção = 5	-8.60	Muito inferior	
		Memória = 6	-7.68	Muito inferior	
		Fluência = 4	-5.24	Muito inferior	

		Linguagem = 17	-5.47	Muito inferior	24
		Visuoespacial = 9	-1.92	Inferior	sessões
		Total = 41	-8.00	Muito inferior	
P., M. 72 anos 4º ano de escolaridade	Demência não especificada	Pontuação Bruta	Nota Z	Resultado Qualitativo	Sessões
		Atenção = 7	-7.20	Muito inferior	
		Memória = 8	-6.10	Muito inferior	
		Fluência = 4	-4.74	Muito inferior	32
		Linguagem = 18	-4.77	Muito inferior	sessões
		Visuoespacial = 7	-2.29	Muito inferior	
		Total = 46	-6.57	Muito inferior	

Capítulo III

1. Caso Clínico C

1.1. Dados de Identificação

Mulher de 19 anos, solteira, mas encontra-se numa relação amorosa. Pertence a uma fratria de 2 irmãs e, atualmente, estuda Enfermagem. É natural da zona norte e reside com os seus pais.

1.2. Motivo de internamento

A doente foi internada no serviço de psiquiatria por apresentar depressão com ideação suicida estruturada, diante do quadro clínico que envolve perturbação de pânico e POC com impacto funcional significativo e condições físicas limitadas.

1.3. História médica relevante e psicofármacos

A paciente apresenta um quadro de epilepsia, com início dos episódios aos 12 anos, caracterizados por perdas de consciência. Atualmente, a medicação prescrita inclui *fluvoxamina* 100 mg, *alprazolam* 0,5 mg, *lorazepam* 2,5 mg e *levetiracetam* 500 mg.

1.4. História do problema atual

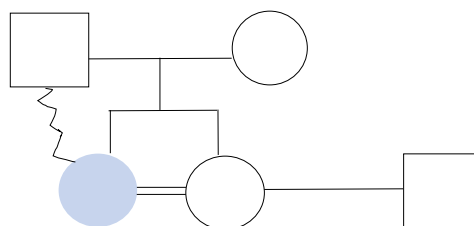
A paciente apresenta um quadro clínico marcado por ideação suicida que se agravou na semana anterior ao internamento. C possui um histórico de perturbação de pânico desde os 12 anos de idade que surgiu em contexto de violência doméstico, no entanto, intensificando-se desde que ingressou na faculdade, há sensivelmente oito meses, resultando em limitações significativas na assiduidade académica. Além da perturbação de pânico, a paciente exibe uma

sintomatologia depressiva, caracterizada por humor depressivo, ideação suicida e sentimentos de menos-valia. Junto a esses sintomas, também apresenta o diagnóstico prévio de POC, que tem piorado nos últimos 3 meses, manifestando-se principalmente através de obsessões relacionadas à contaminação e compulsões de limpeza, resultando em rituais de limpeza que conseqüentemente, consomem várias horas do seu dia, prejudicando seu funcionamento diário. A paciente refere que grava vídeos, para posteriormente ver, (“se não gravar o meu namorado verifica por mim”; sic). A obsessão e compulsão relacionadas a compulsão surgiu a partir da crença irrealista de engravidar “se vir um fluido ou tocar nele penso logo que vou engravidar, tenho logo de lavar as mãos de forma correta” (sic). Esse comportamento levou ao desenvolvimento de lesões cutâneas nas mãos, que conseqüentemente se refletem na sua autoestima, promovendo estados depressivos (sic). Ela relata uma diminuição acentuada do apetite e intolerância alimentar, sentindo-se fraca e incapaz de se alimentar adequadamente, o que aumenta seu sofrimento, no entanto, restringe a sua alimentação para evitar engordar (sic). Na última semana, houve um agravamento da ideação suicida, ao ponto de a paciente ter procurado métodos letais, referindo: “ia comprar remédio dos ratos para me matar, não aguento mais esta obsessão de lavar sempre as mãos” (sic). Num episódio recente, a paciente ligou para sua mãe durante a madrugada pedindo ajuda. A mãe confirma a gravidade da situação da doente, mencionando comportamentos de desorganização, evidenciada por muita roupa espalhada pela casa devido às obsessões de limpeza.

1.5. Genograma

Figura 1

Genograma C



Legenda:





Utente



Homem

Relação conflituosa



Mulher



Relação próxima

1.6. História pessoal e familiar

C. nasceu há 19 anos, de uma gravidez de planeada, que decorreu de um parto eutócico sem complicações. Foi amamentada até aos 11 meses. Recorda-se da infância vagamente “não me consigo recordar da infância parece que tudo se apagou, parece que sinto um vazio, não sei explicar... por mais que pense não me consigo lembrar de nada, tudo se apagou” (sic). Além disso, recorda que era uma criança muito calma e que não fazia asneiras (sic) e, por volta dos 5 anos, fez uma operação à face para repor a estrutura do maxilar, onde teve de usar o aparelho (externo ao rosto) até aos 8 anos.

Aos 6 anos ingressou na escola primária da sua área de residência, tendo concluído esse período escolar aos 10 anos. Neste período refere que não teve dificuldades de aprendizagem e a própria refere “sempre tive excelentes notas, queria ser como a minha irmã” (sic). C. refere que durante a infância sentia-se rejeitada: “como tinha um aparelho visível, as outras crianças não queriam brincar comigo, ficava sempre de lado” (sic). Aos 12 anos teve o seu primeiro episódio de epilepsia “perdia a consciência, não sabia o que se tinha passado” (sic), posteriormente refere que começou a sofrer violência doméstica, verbal e física pela parte do seu pai, refere “chegava a casa alcoolizado e apenas batia a mim, chamava-me nomes horríveis, nem parecia filha dele” (sic), relata que os comportamentos foram recorrentes, onde a mãe não a defendia. Aos 14 anos vivenciou ataques de pânico, iniciando o acompanhamento na pedopsiquiatria, com medicação para controlar a ansiedade e, posteriormente a depressão. No decorrer, aos seus 15 anos conheceu o seu atual namorado, o R., que ao se aperceber da violência doméstica por parte do progenitor, R. falou com a família da paciente e fizeram queixa às autoridades, após esta denúncia, C foi viver para a casa de uns conhecidos com a sua mãe. Refere que cortou a relação com o pai ao longo deste tempo e que a sua mãe se divorciou do seu pai.

Aos 15 anos entrou no secundário, sempre obteve excelentes notas, tinha como objetivo ser médica cirúrgica, pediátrica. Aos 16 anos perdeu a sua melhor amiga num acidente de trânsito, referindo que ainda não compreendeu a morte dela e porque a perdeu. Apenas 1 ano depois, descobriu que sua mãe estava com cancro da mama, relata que este momento foi muito doloroso, pois pensou que poderia perder a mãe, após os tratamentos houve a remissão do tumor, mas nesse momento de fragilidade a sua mãe voltou para o seu pai (o agressor da paciente) e refere-se a este momento como uma traição da mãe para com ela, teve de voltar a

viver com o seu pai. Neste regresso, C. revela que a violência física não voltou, mas as ofensas psicológicas foram aumentando: “nunca vais ser ninguém, nem o curso que queres consegues, nem digas que és minha filha... a tua irmã nunca foi assim” (sic), estes episódios agravaram os ataques de pânico, iniciando assim o acompanhamento de Psicologia na escola, melhorando a sintomatologia ansiosa e depressiva que se vinha arrastar nos últimos anos.

Aos seus 18 anos, existiu um período de transição que marcou a doente pela negativa (sic), pois tinha o sonho de ser médica cirúrgica de crianças, mas devido aos acontecimentos marcantes nos seus últimos anos, não conseguiu ingressar em medicina, tendo-se candidatado para enfermagem “sempre tive o sonho de ser médica cirúrgica para ajudar os outros, mas como não consegui entrar decidi candidatar-me para enfermagem para ajudar aqueles meninos que estão a sofrer com muita dor, devido ao cancro” (sic).

Após a candidatura com sucesso de enfermagem foi viver para o Porto sozinha, e iniciou o seu percurso, sendo que nesta nova realidade C. começou a apresentar outras sintomatologias. Em setembro, houve um agravamento do seu quadro depressivo, referindo que fazia subdosagem de medicação após chegar da universidade “não conhecia ninguém, parecia que ninguém gostava de mim, não tinha amigas” (sic), após isto, iniciou a sintomatologia de anorexia “só queria emagrecer e ser magrinha como as outras meninas, odeio a minha barriga...” (sic), comendo só uma sopa ao longo de todo o dia. Em janeiro do ano a seguir, começou com um medo irrealista de engravidar, recusando o próprio parceiro, tentou resolver colocando o *implanon*, no entanto, teve o efeito contrário, criou uma obsessão excessiva de medo de engravidar e apresentou sintomatologia obsessiva-compulsiva, começando comportamentos de contaminação, tendo de realizar os seus rituais várias vezes por dia sempre que tocasse ou visse um fluido.

O agravamento no último mês antes do internamento é descrito por sentimentos de inutilidade, não se conseguindo esperar no futuro: “não vejo saída para mim, não consigo me ver a melhorar em nada, só vejo os meus defeitos, não tenho nada bom” (sic). Atualmente, refere que não tem uma boa relação com o pai devido aos acontecimentos de vida, mas tenta manter uma relação com a mãe apesar de tudo, refere a sua irmã e cunhado como vinculação segura “a minha irmã e cunhado são para mim como uns pais, o meu cunhado trata de mim como filha, coisa que o meu pai nunca fez por mim” (sic).

1.7. Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica da utente foi realizada por meio de entrevistas clínicas, com o intuito de entender a gravidade do quadro clínico e estruturar uma intervenção psicológica eficaz. A anamnese foi recolhida por meio de entrevista clínica semiestruturada.

1.7.1. Exame do Estado Mental

Em consulta, C. apresentava-se vígil, colaborante e orientada (auto e alopsiquicamente). O seu humor caracteriza-se como depressivo, com afetos ressonantes, alterações de pensamento percebido através de ideias obsessivas, sem sintomas psicóticos apuráveis. A utente apresentava insónia motivada pelo quadro clínico de POC, com influência na evolução para a ideação suicida estruturada e capacidade de crítica preservada.

1.7.2. Instrumentos utilizados

Para uma avaliação psicológica aprofundada, utilizou-se o um teste de rastreio cognitivo o MoCA, de seguida, para averiguar a sintomatologia geral foi utilizado o BSI e para caracterizar a gravidade da sintomatologia depressiva foi utilizado o BDI-II, por fim, para avaliar a POC foi utilizado o Inventário de Obsessões e Compulsões (OCIR-R; Foa et al., 2002; versão portuguesa de Cunha et al., 2023) e a *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – II* (Y-BOCS-II; Goodman et al., 1989; versão portuguesa de Varela Cunha et al., 2022) permitindo assim, avaliar de uma forma mais complexa o seu quadro clínico.

Desta avaliação, resultou que a utente apresenta resultados normais no teste de rastreio cognitivo, com pontuação de 26 pontos de 30 (MoCA), não revelando comprometimento cognitivo. Para a sintomatologia geral, através do BSI obtiveram-se resultados que indicam a presença de perturbação emocional em todos os domínios e índices (somatização (3.57), obsessão-compulsão (3.67), sensibilidade interpessoal (3.25), depressão (3.83), ansiedade (3.17), hostilidade (2.00), ansiedade fóbica (2.00), ideação paranóide (2.80), psicoticismo (2.40), índice geral de sintomas (2.79), índice de sintomas positivos (3.29) e total de sintomas positivos (45). A partir da aplicação do BDI-II foi possível compreender que a doente apresenta depressão extrema, obtendo uma pontuação de 54 pontos, em 63 pontos totais.

Para a avaliação da POC foi utilizado o OCI-R, que sustentou a sintomatologia característica, com 41 pontos de 72 pontos totais e, por fim, recorreu-se ao Y-BOCS-II para avaliação das obsessões, com um resultado de 22 pontos em 25, e das compulsões, com um resultado de 20 pontos em 25, totalizando assim 42 pontos em 50 pontos totais, indicando gravidade extrema (ponto de corte ≥ 13 , para diagnóstico de POC).

C. apresentou as seguintes obsessões: preocupação excessiva de germes; incomodo com fluidos, resíduos corporais, substâncias pegajosas ou resíduos; preocupação excessiva de engravidar; preocupação em ter uma enfermidade ou doença; medo de fazer mal a si própria ou a outros por não ser suficiente; medo de ser responsável por acontecimentos terríveis; medo excessivo de entidades espirituais (sic); necessidade de simetria e exatidão; medo de perder objetos ou pessoas. Relativamente às compulsões, C. refere: higiene excessiva e ritualizada; limpeza excessiva de objetos; verificação de fechaduras, portas entre outros; certificação de que não cometeu um erro; pedidos de confirmação e, por fim, medidas ativas para evitar o contacto com contaminantes. Ademais, a utente evita sair do seu espaço pessoal, cingido única e exclusivamente ao seu quarto, com o objetivo de afastar-se das obsessões e compulsões que lhe são características.

Posto os resultados obtidos, a avaliação psicológica da utente revelou um quadro clínico complexo e grave, com resultados normais no teste cognitivo, mas uma presença acentuada de perturbações emocionais em todos os domínios avaliados pelo BSI. A utente apresenta uma depressão extrema, conforme indicado pela pontuação elevada, e uma POC grave, sustentada pelos resultados obtidos nos testes. Portanto, é necessária uma intervenção psicológica e combinada com a intervenção psiquiátrica para aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida da utente.

1.8. Processo de intervenção

O processo de intervenção foi realizado em contexto de internamento psiquiátrico, este internamento teve a duração de um mês, no qual a doente tinha consultas 3 vezes por semana com uma duração média de 1 hora por sessão, totalizando em 17 sessões. Esta intervenção foi sempre articulada com a psiquiatra responsável pela utente, permitindo ajustes da medicação sempre que necessário. A pedido do psiquiatra, a intervenção foi mais focada na POC, com vista a minimizar as obsessões e compulsões que apresentava, neste sentido a técnica utilizada passou por Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) (anexo 4 e 5, protocolo de avaliação e intervenção e manual terapêutico do cliente; Jongasma et al., 2014; Leahy et al., 2012)

O processo de intervenção teve início no seu segundo dia de internamento de C., a doente ainda se encontrava em adaptação a este contexto, mostrando-se com choro fácil e humor depressivo. Quando abordada mostrou-se recetiva para a intervenção por parte da Psicologia, dando assim início à primeira sessão. Este contacto inicial teve como objetivo principal estabelecer uma relação terapêutica para garantir uma benéfica intervenção, iniciando

por compreender o motivo do internamento e proceder à recolha da história de vida de C., através da técnica de entrevista clínica aberta.

Na segunda sessão foi possível finalizar a recolha da história clínica e realizar a avaliação psicopatológica e neurocognitiva, utilizando os instrumentos psicométricos acima mencionados. Esta sessão terminou com o delineamento dos objetivos terapêuticos, para os objetivos de terapia C. pretende “perder o meu medo destrutivo de engravidar, deixar os pensamentos suicidas e recuperar o seu bem-estar” (sic), para os objetivos de vida mencionados “ser enfermeira pediátrica especializada em oncologia e deixar parte da medicação” (sic), e por fim, na área de vida “quero muito mudar a área sexual e emocional” (sic) (anexo 6).

Na terceira consulta, inicialmente, foram devolvidos os resultados da avaliação psicológica e recorreu-se à estratégia de psicoeducação com vista a aumentar o conhecimento da utente sobre a POC, nomeadamente, a causalidade, a sintomatologia associada, e significação dos conceitos “obsessão” e “compulsão”, além da possibilidade da existência de comorbilidade entre a POC e outras perturbações (como a depressão e perturbação de pânico, comuns à utente), o ciclo da POC e tipos de tratamento (farmacológico, terapêutico e combinado) e a importância de adesão ao mesmo, sendo facultado o manual terapêutico a utente ao longo da consulta (anexo 5).

Após a intervenção de psicoeducação, a quarta consulta objetivou a identificação dos pensamentos automáticos, obsessões, compulsões, rituais e gatilhos. C. conseguiu atribuir as seguintes obsessões: contaminação, o receio de engravidar através do toque em fluídos ou resíduos corporais essencialmente e medo de estar perto de uma figura masculina. Para a compulsão: consegue identificar a verificação, pois grava vídeos para verificar se lavou bem as mãos e pede para confirmar o seu comportamento, outra compulsão que identificou foi a limpeza, a necessidade excessiva de higiene, o que a leva a lavar as mãos com a lixívia 30 vezes, em média, por dia, sendo que o ritual implica que cada lavagem seja repetida 3 vezes numa ordem específica. Posto isto, no final da sessão foi proposto a C. o registo do estabelecimento da conexão entre pensamentos e sentimentos, fornecendo o modelo ABC (antecedentes, comportamentos e consequências) para autopreenchimento (anexo 7).

Nas consultas seguintes, sessões 5 e 6, exploração dos dados revelados pela utente no modelo ABC, identificação e intervenção de crenças desajustadas (como o medo irrealista de engravidar), onde a utente conseguiu atribuir significado a essas crenças (como o facto de a sogra alertar exaustivamente sobre uma gestação não planeada e receio perante as atitudes

imprevisíveis do pai, caso isso acontecesse). Além disso, foi realizada em conjunto com a utente uma hierarquia de compulsões, para iniciar com exposição gradual.

Da sessão 7 até à 15 existiu lugar para a intervenção sobre as crenças desajustadas da paciente. Além disso, a exposição gradual das obsessões no contexto de internamento, permitindo a exposição direta à obsessão permitindo e transmitir estratégias com vista a adiar, diminuir e alterar os rituais e compulsões e reforço de comportamentos adaptativos para prevenção da resposta, monitorização dos comportamentos de segurança e evitamento (compulsões) e aferição da frequência, severidade e intensidade, duração e estado psicopatológico. Ao longo destas sessões foi possível perceber uma evolução no quadro clínico de C., evidenciando um progresso no controlo das obsessões, diminuindo os episódios de compulsões.

Na sessão 16, penúltima consulta antes da alta clínica, junto da doente foram identificados os fatores de risco conducentes à recaída e relembrar as estratégias que foram trabalhadas ao longo desta intervenção. Foi realizada uma pós-avaliação, mas apenas com o instrumento OCI-R para avaliar a evolução do quadro clínico, onde inicialmente obteve uma pontuação de 41 pontos, tendo diminuído para 29 pontos, tornando-se notória a remissão de parte da sintomatologia. Por fim, na última sessão (17^a) foi devolvida a evolução do quadro clínico à utente e familiares, com recomendação da continuidade da intervenção, alertando para a sua importância, sendo que foi aconselhado o seguimento da farmacologia: *fluvoxamina* e *levetiracetam*, reduzindo assim a quantidade de fármacos, o que reflete a evolução psicoterapêutica da paciente.

1.9. Prognóstico e Proposta de Intervenção Futura

Ao longo do acompanhamento psicológico, a utente demonstrou uma evolução considerável do quadro clínico, através da adesão ao tratamento combinado, e aprendizagem de estratégias adequadas de gestão da POC. Denotaram-se também melhorias graduais no que respeita ao humor depressivo da utente, transitando para expressões faciais sorridentes no decorrer das sessões, além de revelar uma diminuição da acentuação dos rituais (de três repetições evoluiu para uma repetição na lavagem de mãos, com uma frequência normal, ou seja, apenas em situações necessárias para tal feito). Com isto, dando continuidade a estas ferramentas prevê-se uma melhoria mais acentuada, com a promoção do seu bem-estar.

Apesar dos resultados positivos da intervenção psicológica, considera-se importante a continuidade da mesma, no sentido em que continuam a existir temáticas a serem aprofundadas e trabalhadas, como a depressão, a relação negativa com o pai e dando continuidade à intervenção da POC, através da TCC, por exemplo.

1.10. Reflexão acerca do caso C.

A análise do caso clínico C proporcionou várias aprendizagens importantes, tanto na atuação clínica quanto na compreensão holística dos desafios enfrentados por pacientes com perturbações psiquiátricas complexas. A colaboração em equipa, com coordenação entre psiquiatras, psicólogos e enfermeiros permitiu um ajuste contínuo da medicação e intervenções psicoterapêuticas eficazes.

Neste caso, o internamento foi necessário e crucial para fornecer um ambiente seguro e permitir uma intervenção adequada. A psicoeducação e a intervenção psicoterapêutica, especialmente através da TCC, mostraram-se eficazes na POC. A psicoeducação revelou o seu papel característico e importante para permitir à paciente o reconhecimento e aceitação das suas condições, aumentando a adesão ao tratamento. As técnicas de TCC, como a exposição gradual e a prevenção de respostas, demonstraram-se úteis na redução das obsessões e compulsões. Ademais, existiu um psicodiagnóstico prévio à intervenção realizada, efetuado por uma colega de Psiquiatria, que não foi de encontro com a avaliação psicológica realizada, tendo sido refutada por motivos de ausência de critérios suficientes para o diagnóstico de Perturbação *Boderline*. Este psicodiagnóstico foi tido em consideração inicialmente pela colega devido à apelatividade demonstrada pela utente ao longo do internamento, no entanto, a apelatividade da utente revelou-se cingida aos contextos de vida.

A prática clínica também me ensinou que se deve enfatizar a empatia e a construção de uma aliança terapêutica, vital para o sucesso da intervenção. A escuta ativa e a validação das experiências e sentimentos do paciente ajudam na construção de um ambiente terapêutico seguro. Por fim, também se verificou que a continuidade e o acompanhamento a longo prazo são cruciais, e que algumas perturbações requerem intervenções prolongadas para garantir a estabilidade e a melhoria contínua. Apesar dos objetivos delineados no início da intervenção não terem sido atingidos na totalidade, a evolução da utente confirma que se encontra no caminho certo para os resultados desejados.

Em conclusão, o caso clínico C destaca a complexidade e a interconetividade de fatores que influenciam a saúde mental. A abordagem multidisciplinar, o uso de ferramentas de

avaliação, a psicoeducação e a intervenção psicoterapêutica estruturada são fundamentais para o sucesso do acompanhamento psicológico e clínico no contexto de perturbações psiquiátricas graves. Além disso, a importância das relações familiares, o impacto de traumas e perdas, e a necessidade de empatia e continuidade no tratamento são imprescindíveis em todo o processo.

Reflexão Final

A experiência de estágio em Psicologia da Saúde foi realizada num hospital privado, especificamente no contexto de Psiquiatria e Unidade de Cuidados Continuados (UCC) internos. Neste ambiente, fui desafiada a adaptar o *setting* do contexto psiquiátrico para garantir um espaço seguro e acolhedor para os pacientes, dada a dinâmica do serviço que obrigava, muitas vezes, a realizar consultas de Psicologia nos quartos da ala de internamento, exigindo uma abordagem sensível e personalizada ao utente.

O estabelecimento de uma aliança terapêutica sólida com os pacientes foi fundamental para o sucesso das intervenções. Estabelecer uma relação de confiança e empática permitiu que os pacientes se sentissem mais à vontade para partilhar as suas experiências e desafios – aspeto que ressaltou a importância das competências interpessoais na prática da Psicologia, demonstrando que a eficácia do tratamento está intimamente ligada à qualidade do vínculo entre o profissional e o paciente. A experiência prática confirmou a relevância das teorias estudadas academicamente, mostrando como a aplicação adequada desses conceitos pode acrescentar uma diferença significativa na vida dos pacientes.

Durante o estágio, a necessidade de desenvolver minha autonomia e assumir responsabilidades de forma independente foi crucial, tive que gerir o tempo, organizar as sessões de terapia e tomar decisões clínicas com base nas necessidades dos pacientes. Esse processo de amadurecimento profissional foi intensificado pela comunicação em equipa entre profissionais de saúde mental, enfermeiros e auxiliares de saúde. As reuniões multidisciplinares não só enriqueceram o meu entendimento sobre os casos clínicos, mas também auxiliaram na elaboração de diagnósticos e estratégias de intervenção mais precisas e eficazes.

Esta experiência de estágio serviu como uma base sólida para minha atuação profissional futura, não só aumentou o meu interesse pela área da psicologia da saúde, como reforçou a minha convicção em seguir esta área profissional. Toda a aprendizagem e desafios enfrentados durante este período contribuíram para uma visão mais clara e determinada do meu papel como Psicóloga.

Referências Bibliográficas

- Abreu, M. O., & Dias, I. S. (2017). Exercício físico, saúde mental e qualidade de vida na ESECS/IPL. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 512-526. <https://doi.org/10.15309/17psd180219>
- Almeida, R. A. de, & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista Da Sociedade Brasileira De Psicologia Hospitalar*, 14(2), 183–202. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.14.439>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders* (5th ed., Text Revision). American Psychiatric Association.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care* (2nd ed.). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/67205>
- Balestroni, G., & Bertolotti, G. (2012). L'EuroQol-5D (EQ-5D): uno strumento per la misura della qualità della vita [EuroQol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life]. *Monaldi Archives for Chest Disease = Archivio Monaldi per le Malattie del Torace*, 78(3), 155–159. <https://doi.org/10.4081/monaldi.2012.121>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory–II (BDI-II) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Bohn, M. J., Babor, T. F., & Kranzler, H. R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(4), 423–432. <https://doi.org/10.15288/jsa.1995.56.423>
- Bowers, L., Chaplin, R., Quirk, A., & Lelliott, P. (2009). A conceptual model of the aims and functions of acute inpatient psychiatry. *Journal of Mental Health*, 18(4), 316–325. <https://doi.org/10.1080/09638230802053359>
- Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The clinical global impressions scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 4(7), 28–37.
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): Preliminary psychometric data with two nonclinical samples. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(4), 258–264. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000072>
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves,

- & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 305-330). Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D., & Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cardoso, D. P., Oliveira, D., Antunes, B., Saraiva, R., Angus, K., Gallardo, E., & Rosário, F. (2022). Portuguese validated versions of the Alcohol Use Disorders Identification Test: A systematic review protocol. *Acta Médica Portuguesa*, 35(4), 264–269. <https://doi.org/10.20344/amp.15765>
- Cavaco, S., & Teixeira-Pinto, A. (2011). *Escala de Avaliação da Demência-2*. CEGOC-TEA, Lda.
- Chakrabarti, S., Grover, S., & Rajagopal, R. (2010). Terapia eletroconvulsiva: Uma revisão do conhecimento, experiência e atitudes dos pacientes em relação ao tratamento. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(3), 525–537. <https://doi.org/10.3109/15622970903559925>
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5-13.
- Cunha, G., Silva, M. P., Sousa, M., Castanho, P., Picó-Pérez, T., Ferreira, S., & Morgado, P. (2023). Acta Médica Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 36(3), 174-182. <https://doi.org/10.20344/amp.16452>
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). National Computers Systems.
- Derogatis, L. R., & Lazarus, L. (1994). SCL-90—R, Brief Symptom Inventory, e escalas de classificação clínica correspondentes. In M. E. Maruish (Ed.), *O uso de testes psicológicos para planeamento de tratamento e avaliação de resultados* (pp. 217–248). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Dobewall, H., Tark, R., & Aavik, T. (2018). Health as a value and its association with health-related quality of life, mental health, physical health, and subjective well-being. *Applied Research in Quality of Life*, 13(3), 859–872. <https://doi.org/10.1007/s11482-017-9563-2>

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6), 664-675.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-496. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Folstein, M., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Freitas, S., Santana, I., & Simões, M. R. (2010). The sensitivity of the MoCA and MMSE to cognitive decline: A longitudinal study. *Alzheimer's & Dementia*, 6(4), S353-S354. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2010.05.1184>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B., Jr. (2003). A very brief measure of the Big Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37(6), 504-528.
- The Whoqol Group. (1990). EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.
- Hallett, M. (2007). Transcranial magnetic stimulation: A primer. *Neuron*. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2007.06.026>
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Harvey, P. D. (2012). Aplicações clínicas da avaliação neuropsicológica. *Diálogos em Neurociência Clínica*, 14(1), 91–99. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.1/pharvey>
- Hsieh, S., Schubert, S., Hoon, C., Mioshi, E., & Hodges, J. R. (2013). Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination III in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 36(3-4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000351671>

- Jongsma, A. E., Jr., Peterson, L. M., & Bruce, T. J. (2021). *The complete adult psychotherapy treatment planner* (5th ed.). John Wiley & Sons.
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders* (2nd ed.). Guilford Press.
- Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). *Intervenção em psicologia clínica e da saúde: Modelos e práticas*. Placebo.
- Machado, A., Baeta, É., Pimentel, P., & Peixoto, B. (2015). Psychometric and normative indicators of the Portuguese version of the Addenbrooke's Cognitive Examination-III. Preliminary study on a sample of healthy subjects. *Acta Neuropsychologica*, 13(2).
- Mattis, S. (1988). *Dementia Rating Scale*. Psychological Assessment Resources.
- Motlova, L. B., Balon, R., Beresin, E. V., Brenner, A. M., Coverdale, J. H., Guerrero, A. P. S., Louie, A. K., & Roberts, L. W. (2017). Psychoeducation as an opportunity for patients, psychiatrists, and psychiatric educators: Why do we ignore it? *Academic Psychiatry*, 41(4), 447-451. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0728-y>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Nunes, A., Limpo, T., Lima, C. F., & Castro, S. L. (2018). Short scales for the assessment of personality traits: Development and validation of the Portuguese Ten-Item Personality Inventory (TIPI). *Frontiers in Psychology*, 9, 461. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00461>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). Estágios de observação da prática profissional do psicólogo. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/p_37_sobre_estaagios_de_observaa_aao_da_praatica_profissional_do_psicaologo_taecnica_de_job_shadowing.pdf
- Psychology Board of Australia (PBA; 2018). Guidelines for Supervisor/as.
- Pedroso de Lima, M., & Simões, A. (2000). *Inventário de personalidade NEO - Revisto*. CEGOC-TEA.
- Pereira, M., Serra, C. M., Pires, D., Faria, J., Pereira, M., Ângelo, R. P., & Guerreiro, V. O. (2015). Intervenção psicológica em crise e catástrofe. *Ordem dos Psicólogos Portugueses*, 12(2), 116-125.

- Pinto, J. O., Dores, A. R., Peixoto, B., & Barbosa, F. (2020). Programmed neurocognitive training: Proposal of a new approach. *Disability and Rehabilitation*, 1-8.
- Pinto, J. O., Dores, A. R., Peixoto, B., & Barbosa, F. (2022). Programmed neurocognitive training: Proposal of a new approach. *Disability and Rehabilitation*, 44(11), 2507–2514. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1838631>
- Ramalho, A. R., Bártolo, A., Bonifácio, J., & Pereira, A. (2019). Validation of The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) among university students. *Acta Médica Portuguesa*, 32(4), 279–288. <https://doi.org/10.20344/amp.10650>
- Ribeirinho, C. (2013). Serviço Social Gerontológico: Contextos e Práticas Profissionais. In M. Carvalho (Org.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 177-200). Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.
- Santos, E. R. P. (2021). Tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da escala de ansiedade de Hamilton numa amostra de pessoas adultas com doença mental da população portuguesa (Dissertação de Mestrado). <http://hdl.handle.net/10400.26/39338>
- Schwartz, G. (1982). Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 1040–1053.
- Sudarsanan, S., Chaudhury, S., Pawar, A., Salujha, S. K., & Srivastava, K. (2004). Psychiatric emergencies. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(1), 0–62. [https://doi.org/10.1016/s0377-1237\(04\)80162-x](https://doi.org/10.1016/s0377-1237(04)80162-x)
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2002). Psicologia em serviços de saúde: Intervenção em centros de saúde e hospitais. *Análise Psicológica*, 20(1), 171-174.
- Varela Cunha, G., Silva Moreira, P., Machado Sousa, M., Castanho, T., Picó-Pérez, M., Ferreira, S., & Morgado, P. (2023). The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): Translation and Validation of the European Portuguese Version. *Acta Médica Portuguesa*, 36(3), 174–182. <https://doi.org/10.20344/amp.16452>
- Wechsler, D. (2008). *Escala de Inteligência para Adultos-Terceira Edição (WAIS-III)*. Lisboa: Cegoc.
- WHO ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*

(*Abingdon, England*), 97(9), 1183–1194. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x>

Anexos

Anexo I

Manual de Avaliação e Intervenção POC



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PERTURBAÇÃO OBSESSIVO COMPULSIVA

**PROTOCOLO DE
AVALIAÇÃO E
INTERVENÇÃO**

Caracterização

Etiologia

Segundo a literatura a POC tende a desenvolver-se devido à combinação de vários fatores de risco como (American Psychiatric Association, 2022; Fontenelle & Hasler, 2008; Stewart, & Pauls, 2010):

1. Fatores Genéticos

- 1.1.Familiares em primeiro grau com diagnóstico de POC

2. Fatores Fisiológicos

- 2.1.Disfunções no córtex orbito-frontal, córtex cingulado anterior e estriado

3. Fatores Psicológicos

- 3.1.Maior número de sintomas internalizados, afetividade negativa e inibição comportamental na infância

4. Fatores Demográficos

- 4.1.Idade

- 4.1.1. Sujeitos do sexo masculino têm uma idade de início da POC mais precoce do que indivíduos do sexo feminino

- 4.2.Gênero

- 4.2.1. Ser do sexo feminino

- 4.3.Situação profissional

- 4.3.1. Desemprego

- 4.3.2. Menor rendimento

- 4.4.Habilitações Literárias

- 4.4.1. Maiores habilitações literárias

5. Fatores Ambientais

- 5.1.Abuso físico/sexual ou outros eventos traumáticos/stressantes na infância

Agentes infecciosos e/ou síndrome autoimune pós-infecciosa

Epidemiologia

Internacionalmente, a prevalência de indivíduos com POC é de 1.2% a 1.8%, embora alguns autores considerem uma incidência na população de 2-3% (American Psychiatric Association, 2022; Carr & McNulty, 2016). Em Portugal, estimava-se, em 2013, que 4.4% da população apresentava esta perturbação (Caldas de Almeida et al., 2013). Pode também avançar-se que é expectável que 13.5 a 28.2% da população experiencie sintomas de POC ao longo do seu ciclo vital (Carr & McNulty, 2016). A idade média de início da doença é de 19.5 anos. A literatura afirma que 25% dos casos totais iniciam por volta dos 14 anos e que 25% dos casos do sexo masculino iniciam por volta dos 10 anos. Nos sujeitos de sexo feminino, a idade de início na adolescência, é entre os 13 e os 16 anos. Estes sujeitos têm ainda um risco aumentado de desenvolver POC na sequência do parto (American Psychiatric Association, 2022; Carr & McNulty, 2016).

A existência de estereótipias (nomeadamente tiques), depressão e abuso de substâncias na infância e no início da adolescência, podem ser indicadores de uma possível POC num momento mais tardio (Carr & McNulty, 2016).

Avança-se também que 65.6% das pessoas com POC têm sintomas moderados, 30.7% têm sintomas severos e que apenas 3.7% têm sintomas ligeiros. Caldas de Almeida e os seus colaboradores (2013), identificaram perturbações ligeiras em 25.4%, perturbações moderadas em 47.5% e perturbações severas em 27.1% dos sujeitos. Quanto maior a severidade, menor a capacidade crítica para a doença, mais comorbilidades e maior propensão para internamentos ao longo do ciclo vital (Caldas de Almeida et al., 2013; Carr & McNulty, 2016).

Caracterização Clínica

Os sintomas característicos da POC, são a presença de obsessões e compulsões (American Psychiatric Association, 2022; Carr & McNulty, 2016; Leahy et al., 2012).

Obsessões: pensamentos, impulsos ou imagens considerados intrusivos, indesejados, recorrentes, persistentes e causadores de grande angústia (ex., medo de contaminação/dano, conteúdo violento, sexual ou agressivo, superstições, necessidade de ordem). Podem ser ignorados, suprimidos ou neutralizados por outros pensamentos ou ações e podem estar em contradição com os valores da pessoa. Pensamentos intrusivos tornam-se atípicos devido à frequência, intensidade e disfuncionalidade que causam na vida da pessoa. A capacidade crítica pode variar entre boa, situação na qual a pessoa sabe que o resultado temido não irá acontecer, até delirante, na qual a pessoa está realmente convencida de que o resultado temido se irá realizar.

Compulsões: Comportamentos repetitivos ou atos mentais realizados como resposta à obsessão e muitas vezes de acordo com regras que tem de se aplicar rigidamente. Podem ser abertas ou cobertas. Têm objetivo de reduzir a ansiedade ou mal-estar causado pelas obsessões e prevenir o acontecimento das situações temidas. Podem ser excessivas (perserverativas e realizadas ao ponto da perda de funcionalidade).

Diagnóstico Diferencial

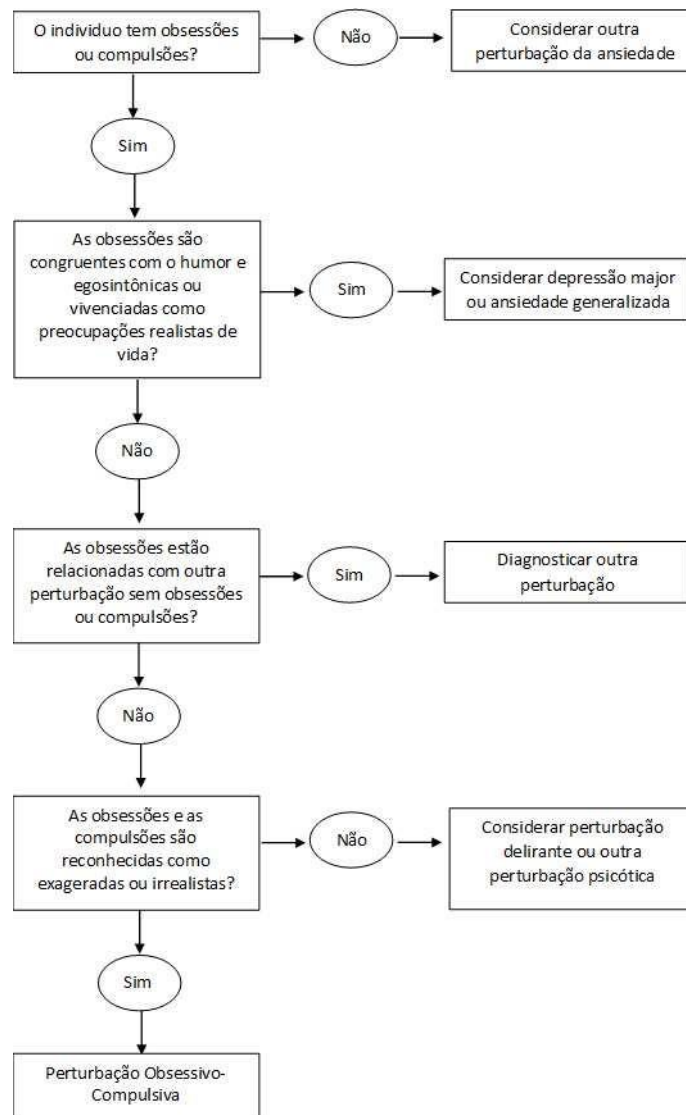
Segundo a American Psychiatric Association (2022), o diagnóstico diferencial deve ser realizado com:

1. Perturbações de Ansiedade
2. PDMj
3. Outras Perturbações Obsessivo-Compulsivas e perturbações relacionadas
4. Perturbações Alimentares
5. Tiques e movimentos estereotipados

- 6. Perturbações Psicóticas
- 7. Outros Comportamentos semelhantes a compulsões
- 8. POCP

Figura 1.

Sistematização sobre o diagnóstico diferencial



Comorbilidades

As comorbilidades mais comuns são Perturbações de Humor (63-69%) e Perturbações de Ansiedade (66.8%-75.8%), nomeadamente PDMj (40.7%-45.4%), Fobia Social (32.7%-43.5%), Fobias Específicas (28.8%-42.7%) e Perturbação de Pânico (20-23.7%) (Carr & McNulty, 2016). A American Psychiatric Association (2022) aponta para comorbilidade de Perturbações de Ansiedade na ordem dos 76% (Perturbação de Pânico, Perturbação de Ansiedade Social, Perturbação de Ansiedade Generalizada ou Fobia Específica) e Perturbação Depressiva ou Bipolar na ordem dos 63% (sendo a mais comum a PDMj [41%]).

Prognóstico

Existem vários aspetos que se relacionam com o prognóstico:

1. Menos favorável
 - 1.1. Início precoce
 - 1.2. Presença de sintomatologia compulsiva (vs. apenas obsessões)
2. Mais favorável
 - 2.1. Curso episódico
 - 2.2. Recuperação no início do curso da perturbação (não exclui a possibilidade de recaírem tardiamente)
 - 2.3. Funcionalidade basal elevada

Avaliação e Intervenção

Avaliação

No momento da avaliação é necessário compreender que muitas pessoas podem não se sentir confortáveis em reportar o conteúdo das obsessões ou a extensão das compulsões. Isto pode acontecer devido a vergonha, medo das autoridades ou medo de que a vocalização audível das obsessões as torne verdadeiras. Algumas pessoas podem ter compulsões e não as identificarem como tal (Carr & McNulty, 2016).

Algumas perguntas tipo podem ser (Carr & McNulty, 2016):

- Acha que quando limpa despende mais tempo do que as pessoas que conhece?
- Costuma utilizar muita água quente no chuveiro?
- Costuma utilizar muito sabão ou desinfetante?
- Costuma demorar muito tempo a sair de casa?
- Costuma demorar muito tempo a verificar coisas antes de ir para a cama?
- Tem pensamentos que tem que suprimir, “corrigir” ou contrariar?

Instrumentos de Avaliação:

Para compreender melhor a sintomatologia e características da POC, é importante avaliar diversas áreas, como tal:

MoCA (Nasreddine et al., 2005; versão portuguesa de Freitas et al., 2010)

A avaliação de uma forma breve o funcionamento neurocognitivo parece fundamental, para compreender se não existe nenhuma alteração significativa.

1. Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 2007)

Aplicar uma escala que avalie a sintomatologia geram parece essencial, para compreender se existe algum domínio sugestivo de perturbação emocional, com esta escala é possível avaliar nove dimensões, como a somatização (7 itens), obsessões e compulsões (6 itens), sensibilidade interpessoal (4 itens), depressão (6 itens), ansiedade (6 itens), hostilidade (5 itens), ansiedade fóbica (5 itens), ideação paranoide (5 itens) e psicoticismo (5 itens).

2. Obsessive-Compulsive Inventory – Revised (OCIR-R; Foa et al., 2002; versão portuguesa de Cunha et al., 2023)

O OCI-R é um questionário de autorrelato composto por 18 itens que avalia o grau de perturbação percecionado, durante o último mês. As respostas são dadas numa escala de cinco pontos, de 0 (De modo nenhum) a 4 (Extremamente). O OCI-R avalia a sintomatologia da POC através de seis fatores: (a) Acumulação, (b) Verificação, (c) Ordem, (d) Neutralização, (e) Limpeza e (f) Obsessões (três itens cada). Os resultados para cada subescala variam entre 0 e 12, sendo igualmente calculada uma pontuação total, através da soma dos 18 itens, que varia entre 0 e 72. Quanto maior a pontuação total na escala, maior a prevalência dos sintomas.

3. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-II (Y-BOCS-II; Goodman et al., 1989; versão portuguesa de Varela Cunha et al., 2022)

O Y-BOCS é um instrumento com 10 itens que avalia o grau de perturbação sentido com sintomas obsessivos-compulsivos do utente. Cinco questões avaliam as obsessões e as outras cinco avaliam as compulsões, a partir do tempo gasto, interferência com o funcionamento, incómodo subjetivo, resistência aos sintomas e ao controlo sobre os sintomas

da obsessão e da compulsão. O utente responde numa escala de Likert de cinco pontos, que varia entre 0 (Sem sintomas) e 4 (Muito grave).

A entrevista semiestruturada Y-BOCS-II validada para a população portuguesa engloba:

- a. Lista de verificação de sintomas: auxilia na identificação de sintomas passados (+30 dias da avaliação) e recentes (nos últimos 30 dias).
- b. Lista de sintomas alvo: permite organizar e descrever os sintomas atuais previamente listados. Contribui diretamente para o diagnóstico diferencial (ex., perturbação de ansiedade e comportamentos de evitamento).
- c. Itens de gravidade: 10 questões que avaliam a severidade dos sintomas da POC

Intervenção

As intervenções para a POC incluem tratamentos farmacológicos, tratamentos não farmacológicos ou a combinação de ambos.

Tratamento Não Farmacológico

Ao nível das intervenções não farmacológicas para a POC, comumente, utiliza-se a terapia cognitivo- comportamental (TCC). Apesar de alguns autores sugerirem que os métodos empregues nos diversos estudos carecem de rigor metodológico, o modelo da TCC apresenta-se eficaz no tratamento da sintomatologia subjacente à presente psicopatologia (Carr & McNulty, 2016).

Em relação à intervenção cognitiva, a sua eficiência no tratamento dos sintomas da POC é questionada devido à ausência de estudos científicos nesta área. Ainda assim, Belloch e colaboradores (2008) reconhecem a pertinência das TC na: 1) mudança e adaptação das crenças disfuncionais implícitas na POC; 2) utilização de estratégias de controlo de pensamentos disfuncionais; e 3) estabilidade dos ganhos terapêuticos ao longo do tempo.

Por sua vez, as técnicas comportamentais integradas na Terapia de Exposição e Prevenção da Resposta (EPR) têm-se demonstrado um método de intervenção comportamental suficientemente eficaz no tratamento desta perturbação (Fernando & Selai, 2021).

Tratamento Farmacológico

Para além dos modelos supramencionados, o doente deve ter acesso à opção da medicação. Os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS) parecem demonstrar maior benefício no tratamento da POC. Exemplos de alguns dos medicamentos comparticipados em Portugal, pelo INFARMED, são: fluoxetina, sertralina, citalópram, fluvoxamina, paroxetina.

Quando o doente não responde eficazmente ao ISRS, os profissionais de saúde podem proceder à prescrição de antipsicóticos e/ou antidepressivos tricíclicos.

Tratamento Combinado

A combinação da EPR com a intervenção farmacológica (ISRS) apresenta-se com elevada eficácia na redução dos sintomas da POC. Por outro lado, existem autores que afirmam que a combinação entre TCC e a medicação não demonstra resultados manifestamente superiores ao recurso à TCC exclusiva, exceto em pessoas que tenham sintomas depressivos severos. Afirmam também que o recurso à TCC após a utilização de fármacos é útil na remissão da perturbação em pessoas que respondem eficazmente ao tratamento farmacológico e na recuperação de sujeitos que não respondem bem ao mesmo tratamento (Carr & McNulty, 2016).

Plano de Intervenção

(Jongsma et al., 2014; Leahy et al., 2012)

Sessão	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias/ Técnicas	Materiais
1 e 2	Estabelecer a relação terapêutica	Discutir a natureza da relação terapêutica, a confidencialidade dos dados, objetivo, consequências, riscos e alternativas inerentes ao processo		Entrevista Clínica Semi-estruturada
	Abordar o consentimento Informado / Socializar para o tratamento (1,2)	Delinear os objetivos terapêuticos (TPC)	Entrevista Clínica	Y-BOCS-II OCI-R BSI
	Iniciar a avaliação psicopatológica/ neuropsicológica (3,4)	Aumentar o conhecimento sobre a história pregressa, o estado psicopatológico e comorbilidades inerentes	Instrumentos de avaliação	BDI MoCa
		Aferir a frequência, severidade e intensidade, duração e historial psicopatológico		Anexo – Objetivos terapêuticos

Sessão	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias/ Técnicas	Materiais
3	Reforçar a relação terapêutica Abordar consentimento Informado / Socializar para o tratamento (1,2)	Discutir a natureza da relação terapêutica, a confidencialidade dos dados, objetivo, consequências, riscos e alternativas inerentes ao processo, eficácia, regularidade e duração do acompanhamento psicoterapêutico, honorários (e outros aspetos relevantes)	Psicoeducação	Relatório Panfleto Manual do cliente
	Avaliação psicopatológica/ neuropsicológica (3)	Rever o TPC, construir motivação para o tratamento, racional do tratamento e compreensão precisa da POC (modelo biopsicossocial)		
		Devolver os dados da avaliação psicopatológica/ neuropsicológica		

Sessão	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias/ Técnicas	Materiais
		Identificar pensamentos automáticos, obsessões, compulsões, rituais e gatilhos		
4	Reforçar a relação terapêutica Iniciar Intervenção Cognitiva Socializar para o tratamento	Reconhecer a conexão entre pensamentos, sentimentos e ações Elaborar uma lista das O/C e situações evitadas (TPC)	Questionamento Socrático	Modelo ABC

Sessão	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias/ Técnicas	Materiais
	Reforçar a relação terapêutica	Rever os TPC	Hierarquia ansiogénica	
5 e 6	Iniciar a Intervenção Comportamental	Elaborar hierarquia das O/C e situações Evitadas	Seta descendente	-
	Continuar a Intervenção Cognitiva	Identificar e intervir sobre as crenças desajustadas	Reestruturação Cognitiva	

Sessão	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias/ Técnicas	Materiais
7- 16	Reforçar a relação terapêutica Continuar a Intervenção Cognitiva Continuar a Intervenção Comportamental Avaliação psicopatológica/neuropsicológica	Intervir sobre as crenças desajustadas	Reestruturação	OCI-R
		Iniciar a exposição (conteúdo da O)	Cognitiva	
		Ensinar a adiar, diminuir e alterar rituais/compulsões e reforço de comportamentos adaptativos (prevenção da resposta)	Exposição gradual (imaginada ou <i>in vivo</i>)	
		Monitorizar os comportamentos de segurança/ evitamento (compulsões)	Super correção ou prática positiva <i>Time-out</i>	
		Aferir a frequência, severidade e intensidade, duração e o estado psicopatológico/neuropsicológico	Moldagem	
<p>Nota: na sessão 11 e 15 realiza-se uma reavaliação psicopatológica/neuropsicológica e revisão da hierarquia; em todas as sessões o TPC é generalizar as respostas aprendidas na consulta (experiências comportamentais)</p>				

Sessão	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias/ Técnicas	Materiais
	Abordar a Prevenção da Recaída	Identificar os fatores de risco que poderão conduzir à recaída e estratégias aprendidas		
17	Avaliação psicopatológica/neuropsicológica	Devolução dos dados da avaliação psicopatológica	-	-
	Discutir processo terapêutico	Definir a continuidade/cessação do processo psicoterapêutico		

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*, fifth edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association.
- Belloch, A., Cabedo, E., & Carrió, C. (2008). Empirically grounded clinical interventions. Cognitive versus behaviour therapy in the individual treatment of obsessive-compulsive disorder: Changes in cognitions and clinically significant outcomes at post-treatment and one-year follow-up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 521-540. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004451>
- Caldas de Almeida, J. M., Xavier, M., Cardoso, G., Gonçalves-Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., & Silva, J. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 305-330). Quarteto Editora.
- Carr, A., & McNulty, M. (2016). *The handbook of adult clinical psychology: An evidence based practice approach* (2nd ed.). Routledge.
- Cunha, G., Silva, M., P., Sousa, M., Castanho, P., Picó-Pérez, T., Ferreira, S., Morgado, P. (2023) *Acta Médica Portuguesa*. Mar;36(3):174-182. <https://doi.org/10.20344/amp.16452>
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- Fernando, C., & Selai, C. (2021). A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of exposure and response prevention therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 31, 100684. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100684>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496. doi: 10.1037/1040-3590.14.4.485
- Fontenelle, L. F., & Hasler, G. (2008). The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(1), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2007.06.024>

- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 9(3), 345-357.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., . . . Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. *Archives General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Jongsma, A. E., Jr., Peterson, L. M., & Bruce, T. J. (2021). *The complete adult psychotherapy treatment planner* (5th ed.). John Wiley & Sons.
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders* (2nd ed.). Guilford Press.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Varela Cunha, G., Silva Moreira, P., Machado Sousa, M., Castanho, T., Picó-Pérez, M., Ferreira, S., & Morgado, P. (2022). The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): Translation and Validation of the European Portuguese Version. *Acta Médica Portuguesa*, 36(3), 174–182. <https://doi.org/10.20344/amp.16452>

Anexo II

Manual Terapêutico Cliente

PERTURBAÇÃO OBSESSIVO COMPULSIVA

Manual Terapêutico
Cliente

Bem-vindo/a!

Este manual foi feito a pensar em si, de forma a que compreenda o que será realizado ao longo deste processo. Aqui pode encontrar, ainda, informações sobre a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (ao longo deste manual, chamar-lhe-emos POC), isto é, como se caracteriza, os principais sintomas, e o mais importante, como a gerir!

O roteiro sobre cada sessão e os trabalhos que são para realizar em casa, também vão estar incluídos neste manual, sendo que é muito importante que o consulte entre sessões e que seja ativo no seu processo!

O seu tratamento irá consistir numa terapia designada Terapia Cognitivo-Comportamental, que se demonstra como uma das mais eficazes no tratamento da Perturbação Obsessivo-Compulsiva, uma vez que ensina como controlar as obsessões/compulsões, e como praticar as competências para que esse controlo seja cada vez mais intuitivo!

Em baixo, será apresentada uma visão geral sobre o que será este processo, estando previstas 16 sessões (previsão pode alterar mediante a resposta ao processo), uma vez por semana com a duração de 1h (previsão pode alterar mediante a estratégia e objetivo definidos), mais uma sessão complementar para avaliação do processo.

De novo, é muito importante referir que a consulta deste manual entre sessões, a realização dos exercícios propostos e a leitura das secções é muito importante! É também relevante deixar claro que, qualquer dúvida que surja aquando da sua leitura, deverá ser exposta ao seu terapeuta na sessão seguinte. Assim sendo, este manual constitui-se como uma ferramenta útil para consulta.

A estrutura deste manual será dividida em 2 secções, uma na qual pode encontrar informações e aumentar o seu conhecimento sobre a POC e outra na qual se abordam os vários tipos de tratamento e onde estão planificadas as sessões do seu processo:

Secção 1

- O que causa a POC?
- A POC é comum?
- Quais são os sintomas?
- Que outras perturbações podem estar associadas?
- Como pode evoluir?

Secção 2

- Tratamento
- As sessões

Por fim, o objetivo deste processo é promover a redução de sintomas e a autonomia na sua gestão, quando e se estes voltarem a surgir, por isso é importante que compreenda os conceitos e a sua relação!

Secção 1

O que causa a POC?

Atualmente, acredita-se que a POC tende a desenvolver-se devido à combinação de vários fatores, tais como:

1. Fatores Genéticos

Familiares em primeiro grau com diagnóstico de

2. Fatores Fisiológicos

Disfunções no córtex orbito-frontal, córtex cingulado anterior e

3. Fatores Psicológicos

Maior número de sintomas internalizados, afetividade negativa e inibição

4. Fatores Demográficos

Idade

Sujeitos do sexo masculino tendem a ter uma idade de início da POC mais precoce

Género

Feminino

Situação

profissional

Desemprego

Menor

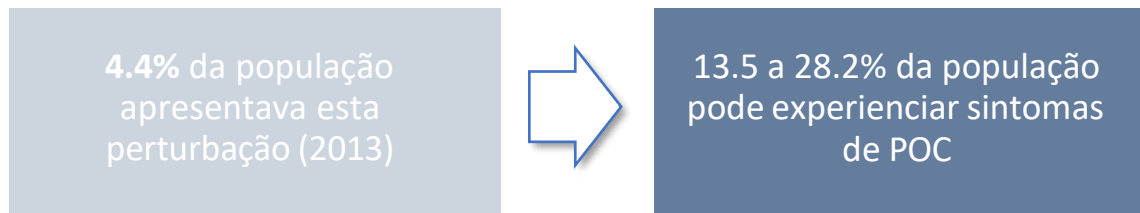
5. Fatores Ambientais

Abuso físico/sexual ou outros eventos traumáticos/stressantes na infância

A POC é comum?

Internacionalmente, estima-se que a POC afete 1.2% a 1.8% da população, embora alguns autores considerem uma incidência de 2-3%.

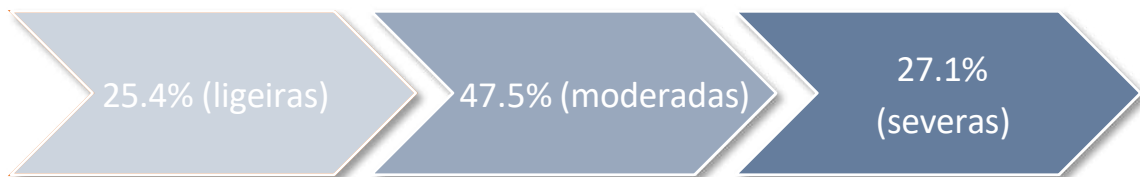
No entanto, em Portugal, a POC apresenta-se como um fenómeno mais comum!



A idade média de início desta perturbação é de 19.5 anos, o que remete para que seja mais comum o aparecimento no início da idade adulta.

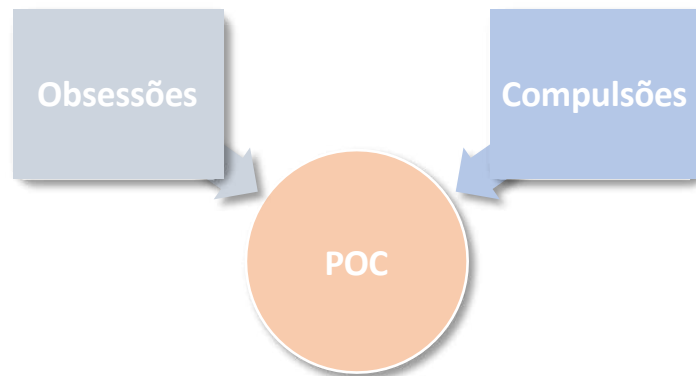
Avança-se também que 65.6% das pessoas com POC têm sintomas moderados, 30.7% têm sintomas severos e que apenas 3.7% têm sintomas ligeiros.

No caso português os números acerca da severidade desta perturbação são diferentes:



Quanto mais intensos forem os sintomas, menor a capacidade para compreender a doença, que se está doente e se precisa de ajuda, maior possibilidade de desenvolver outras doenças paralelas e maior risco de internamento ao longo da vida.

Quais são os sintomas?



Os sintomas característicos da POC são a presença de obsessões e compulsões:

1. Obsessões

- Pensamentos, impulsos ou imagens considerados intrusivos, indesejados, recorrentes, persistentes e causadores de grande angústia.
- Podem ser ignorados/as, suprimidos/as ou neutralizados/as por outros pensamentos ou ações.
- Estes pensamentos, impulsos ou imagens podem estar em contradição com os valores da pessoa.
- Pensamentos intrusivos tornam-se atípicos devido à frequência, intensidade e disfuncionalidade que causam na vida da pessoa.

2. Compulsões

- Comportamentos repetitivos ou atos mentais realizados como resposta à obsessão e muitas vezes de acordo com regras que tem de se aplicar rigidamente.
- Têm objetivo de reduzir a ansiedade ou mal-estar causado pelas obsessões e prevenir o acontecimento das situações temidas.

Podem ser excessivas (perseverativas e realizadas ao ponto da perda de funcionalidade).

Figura 1.
Tipos mais comuns de obsessões (adaptado)

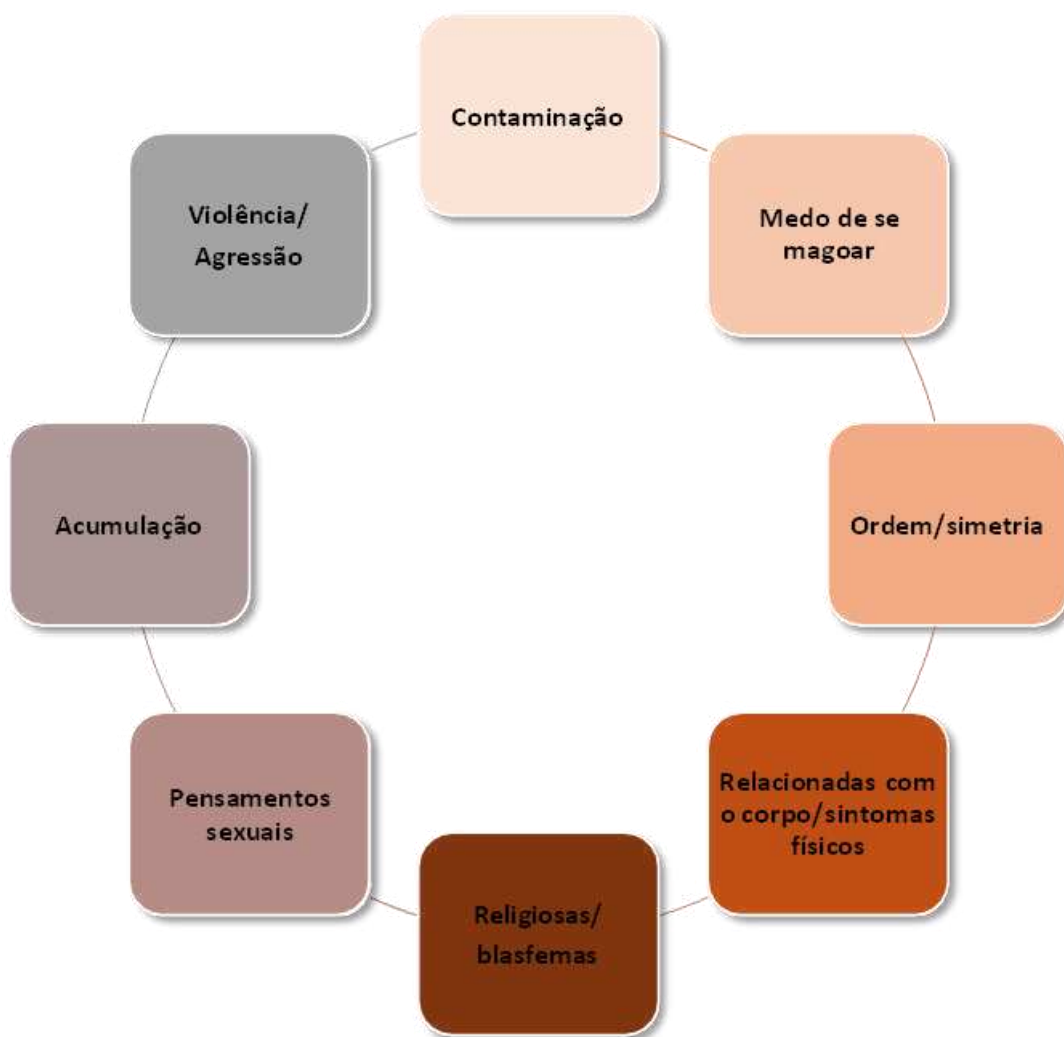
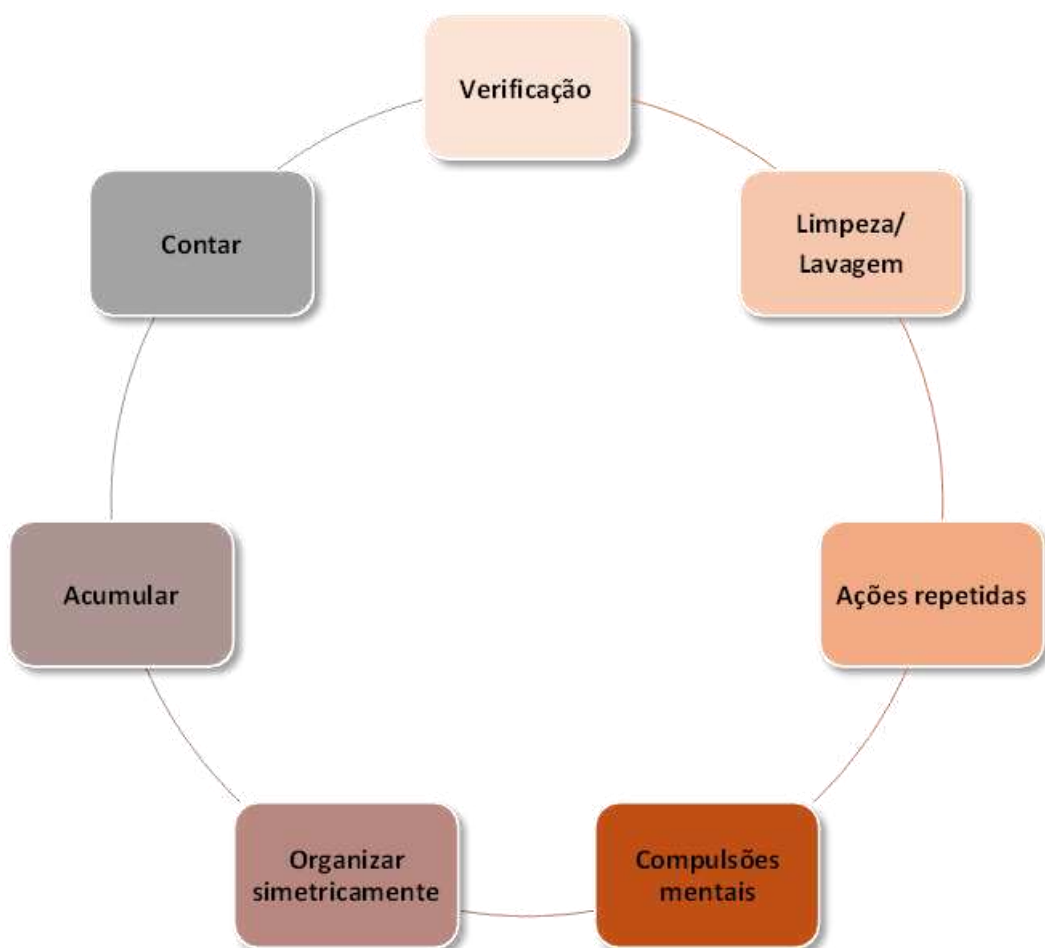


Figura 2.
Tipos mais comuns de compulsões (adaptado)



Que outras perturbações podem estar associadas?

É bastante comum que a pessoa que desenvolve POC, possa desenvolver outro tipo de perturbações:

Perturbações do Humor
(63%-)

- P. Depressiva
- P.

Perturbações do Humor

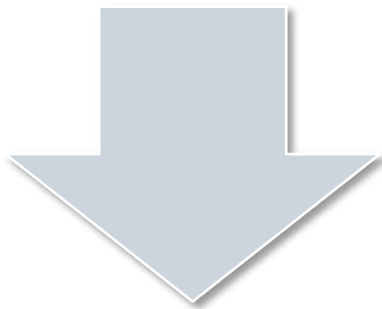
- P. de Pânico
- P. de Ansiedade Social
- P. de Ansiedade Generalizada

Como pode evoluir?

Neste tópico só existem duas possibilidades, evoluir de um modo mais favorável ou menos favorável:



Curso episódico
Recuperação no início POC
Funcionalidade elevada



Início precoce
Presença de compulsões

Secção 2

Tratamento



Atualmente existem vários tipos de tratamento, aos quais pode recorrer para conseguirmos remitir ou pelo menos atenuar os sintomas de POC.

Pode recorrer ao tratamento não farmacológico (não utiliza medicação), ao tratamento farmacológico (utiliza apenas medicação) e a um tipo de tratamento combinado (misto).

1. Tratamento não farmacológico

Ao nível das intervenções não farmacológicas para a POC, comumente, utiliza-se a

terapia cognitivo-comportamental (TCC), pelo que a evidência científica demonstra que é eficaz no tratamento da sintomatologia subjacente à POC.

2. Tratamento Farmacológico

Num outro extremo está a utilização de medicação, ferramenta que deve estar à sua disposição.

Os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS) parecem demonstrar maior benefício no tratamento da POC. Quando não se verifica uma resposta eficaz ao ISRS, por vezes, recorre-se à prescrição de antipsicóticos e/ou antidepressivos tricíclicos.

Os aspetos relacionados com o tratamento farmacológico mencionados são apenas a título exemplificativo, devendo recorrer ao seu Médico de Família ou Psiquiatra sempre que seja necessário debater este tipo de tratamento.

3. Tratamento combinado

A combinação da TCC (especificamente o elemento mais comportamental deste modelo – Terapia de Exposição e Prevenção da Resposta) com a intervenção farmacológica (ISRS) apresenta-se com elevada eficácia na redução dos sintomas da POC.

As Sessões

Nesta parte do seu manual pode encontrar o plano das sessões que incluem os objetivos a atingir ao longo do processo terapêutico. Para além disso, são apresentadas as tarefas para realizar em casa de modo a melhorar a eficácia do seu processo. No final irá ser capaz de compreender o que é a POC, controlar os pensamentos intrusivos indesejados e recorrentes, compreender melhor as suas experiências emocionais e o que faz para que os sintomas piorem. Por fim, pretende-se que se sinta melhor e que experiencie a sua vida da forma como realmente deseja.

Sessão	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Materiais
1 e 2	Estabelecer a relação terapêutica	Discutir a natureza da relação terapêutica, a confidencialidade dos dados, objetivo, consequências, riscos e alternativas inerentes ao processo	Y-BOCS-II
	Abordar o consentimento Informado / Socializar para o tratamento (1,2)	Delinear os objetivos terapêuticos	OCI-R
	Iniciar a avaliação psicopatológica/ neuropsicológica (3,4)	Aumentar o conhecimento sobre a história pregressa, o estado psicopatológico e comorbilidades inerentes	BSI
		Aferir a frequência, severidade e intensidade, duração e historial psicopatológico	BDI MoCa

Sessão	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Materiais
3	<p>Reforçar a relação terapêutica</p> <p>Abordar consentimento Informado / Socializar para o tratamento</p>	<p>Discutir a natureza da relação terapêutica, a confidencialidade dos dados, objetivo, consequências, riscos e alternativas inerentes ao processo, eficácia, regularidade e duração do acompanhamento psicoterapêutico, honorários (e outros aspetos relevantes)</p> <p>Rever o TPC, construir motivação para o tratamento, racional do tratamento e compreensão precisa da POC (modelo biopsicossocial)</p> <p>Devolver os dados da avaliação psicopatológica/ neuropsicológica</p>	<p>Relatório</p> <p>Panfleto</p> <p>Manual do cliente</p>

Sessão	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Materiais
	Reforçar a relação terapêutica	Identificar pensamentos automáticos, obsessões, compulsões, rituais e gatilhos	
4	Iniciar Intervenção Cognitiva	Reconhecer a conexão entre pensamentos, sentimentos e ações	Modelo ABC
	Socializar para o tratamento	Elaborar uma lista das O/C e situações evitadas (TPC)	

Sessão	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Materiais
	Reforçar a relação terapêutica	Rever os TPC	
5 e 6	Iniciar a Intervenção Comportamental	Elaborar hierarquia das O/C e situações evitadas	-
	Continuar a Intervenção Cognitiva	Identificar e intervir sobre as crenças desajustadas	

Sessão	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Materiais
		Intervir sobre as crenças desajustadas	
		Iniciar a exposição (conteúdo da O)	
	Reforçar a relação terapêutica Continuar a Intervenção Cognitiva	Ensinar a adiar, diminuir e alterar rituais/compulsões e reforço de comportamentos adaptativos (prevenção da resposta)	OCI-R
7- 16	Continuar a Intervenção Comportamental		
	Avaliação psicopatológica/neuropsicológica	Monitorizar os comportamentos de segurança/ evitamento (compulsões)	
		Aferir a frequência, severidade e intensidade, duração e o estado psicopatológico/neuropsicológico	
<p>Nota: na sessão 11 e 15 realiza-se uma reavaliação psicopatológica/neuropsicológica e revisão da hierarquia; em todos as sessões o TPC é generalizar as respostas aprendidas na consulta (experiências comportamentais)</p>			

Sessão	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Materiais
	Abordar a Prevenção da Recaída	Identificar os fatores de risco que poderão conduzir à recaída e estratégias aprendidas	
17	Avaliação psicopatológica/neuropsicológica Discutir processo terapêutico	Devolução dos dados da avaliação psicopatológica/ neuropsicológica Aferir a necessidade de continuar o processo terapêutico pós-alta	-

Anexo III

Objetivos terapêuticos

Objetivos para a Terapia

Instrução: Por favor, defina pelo menos três objetivos que tem para o processo que iremos iniciar.

Objetivos de vida

Instrução: Por favor, defina pelo menos três objetivos de vida que o motivem atualmente.

Áreas de vida

Instrução: Por favor, defina pelo menos três áreas de vida que pretende alterar.

Anexo IV

Modelo ABC



Modelo ABC

A- Antecedente	R- Resposta			C- Consequentes O que aconteceu depois?
	Pensamentos	Sentimentos	Comportamentos	

